DOI: 10.13140/RG.2.2.34210.68804

كليـــة التربيـــة

قسم الصحة النفسية والإرشاد النفسي

فاعلية برنامج تعديل سلوك لخفض معدل اللازمات الحركية لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت

رسالة مقدمة من الباحث

عمرو محمد إبراهيم على عيسى

للحصول على درجة الماجستير في التربية

" تخصص صحة نفسية وإرشاد نفسي "

إشراف

الأستاذ الدكتور

سيد محمد صبحي

أستاذ الصحة النفسية والإرشاد النفسي

كلية التربية – جامعة عين شمس

عميد كلية التربية النوعية الأسبق

جامعة عين شمس

الدكتور

إيمان لطفي إبراهيم

مدرس الصحة النفسية والإرشاد النفسي

كلية التربية – جامعة عين شمس

١٤٣٩ هـ / ٢٠١٨ م

{ بسم الله الرحمن الرحيم }

﴿ وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ ۖ
وَسَتُرَدُّونَ إلى عَالِمِ الْغَيْبِ وَالشَّهَادَةِ فَيُنَبِّئُكُم بِمَا كُنتُمْ تَعْمَلُونَ ﴾

التوبة: ١٠٥

كليــة التربيــة

قسم الصحة النفسية والإرشاد النفسي

عنوان الرسالة: فاعليــة برنــامج تعــديل ســلوك لخفــض معــدل اللازمــات الحركيــة لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت.

اســـم الطالــب: عمرو محمد إبراهيم على عيسى.

الدرجــة العلميــة: الماجستير في التربية " تخصص صحة نفسية وإرشاد نفسى ".

القســم التابــع له: الصحة النفسية والإرشاد النفسي.

اســـم الكليـــة: كلية التربية.

الجامعـــــــــة: عين شمس.

ســـة التخــرج: ٢٠٠٦

ســـة المنــح: ٢٠١٨

كليــة التربيــة

قسم الصحة النفسية والإرشاد النفسي

رسالة ماجستير

اسم الطالب: عمرو محمد إبراهيم على عيسى

عنوان الرسالة: فاعلية برنامج تعديل سلوك لخفض معدل اللازمات الحركية لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت.

الدرجة العلمية: الماجستير في التربية " تخصص صحة نفسية وإرشاد نفسى ".

لجنة الإشراف:

أ.د / سيد محمد صبحى أستاذ الصحة النفسية و الإرشاد النفسي – كلية التربية – جامعة عين شمس.

د. / إيمان لطفى إبراهيم مدرس الصحة النفسية و الإرشاد النفسي – كلية التربية – جامعة عين شمس.

لجنة الحكم على الرسالة:

أ.د / محمد إبراهيم عيد أستاذ الصحة النفسية و الإرشاد النفسي – كلية التربية – جامعة عين شمس.

أ.د / خالد عبد الرازق النجار أستاذ علم النفس ورئيس قسم العلوم النفسية – كلية التربية للطفولة المبكرة – جامعة القاهرة.

تاريخ المناقشة: / / ٢٠١٨م

<u>الدراسات العليا</u>

ختم الإجازة: أجيزت الرسالة بتاريخ: / / ٢٠١٨م

موافقة مجلس الكلية / / ٢٠١٨م

موافقة مجلس الجامعة / / ٢٠١٨م

شكر وتقدير

الحمد لله حمداً كثيراً طيباً مباركاً فيه ملئ السموات والأرض ومن فيهن، والصلاة والسلام على رسول الله سيدنا ونبينا محمد عليه أفضل الصلاة والتسليم وعلى أهله وأصحابه الطيبين.

أما بعد...

فها فقد بلغ العمل منتهاه في رسالتي ووفقني الله أن أتم علي إنهاء رسالتي التي حاولت أن تكون إضافة في مجال الصحة النفسية، وأن تكمل ما بدأه من قبلي أساتذتنا وزملائنا الأفاضل، فهنا أحاول أن أذكر بعض من آيات الشكر والعرفان ورد الجميل لمن كانوا سبب في إتمامي هذا العمل، وهنا أذكر بعض ممن ساعدني ودعمني خلال مسيري على سبيل الحصر لا القصر، فاعتذر بشدة لمن سهوت ونسيت ذكره.

فأتقدم بالشكر والعرفان بالجميل للأستاذ الدكتور/ **سيد محمد صبحي** أستاذ الصحة النفسية والإرشاد النفسي بكلية التربية – جامعة عين شمس، عميد كلية التربية النوعية الأسبق – جامعة عين شمس، على قبوله الإشراف على رسالتي وما كان لذلك من شرف كبير لي لما له من قامة ومكانة كبيرة في ميدان الصحة النفسية في مصر والوطن العربي، وعلى سداد رأيه ونصحه وإرشاده لي خلال مسيري في طريق تنفيذ الرسالة، فجزاه الله عني خير الجزاء وبارك لنا في عمره وعلمه.

كما أتقدم بخالص الشكر والاحترام للدكتورة/ **إيمان لطفي إبراهيم** مدرس الصحة النفسية والإرشاد النفسي بكلية التربية – جامعة عين شمس، لتفضلها بالاشراف على رسالتي، وعلى تحفيزها الدائم لي على المسير في الرسالة، وعلى جهدها الكبير في إعطائي التوصيات والنصائح التي لطالما كانت دليل إرشادي لي خلال تنفيذ الرسالة.

كما يطيب لي أن أتقدم ببالغ معاني الثناء والتقدير **لأسرة** قسم الصحة النفسية والإرشاد النفسي بكلية التربية جامعة عين شمس، ذلك الصرح الشامخ الذي طالما كان ومازال مصنع العلماء في مجال الصحة النفسية في مصر والعالم العربي.

وأتقدم ببالغ الشكر للأستاذ الدكتور/ **إبراهيم عيد** أستاذ الصحة النفسية والإرشاد النفسي بكلية التربية جامعة عين شمس لتشريفي بقبوله مناقشة رسالتي، وعلى علمه الذي طالما استفدت منه خلال دراستي في القسم باسلوبه المبسط ذو الحس الفني والفلسفي الراقي.

كما أتقدم بخالص الشكر والثناء للأستاذ الدكتور/ **خالد النجار** أستاذ علم النفس ورئيس قسم العلوم النفسية بكلية التربية للطفولة المبكرة جامعة القاهرة لتشريفي بقبول مناقشة رسالتي، كما أشكره على ما تعلمته كثيراً من خلالي حضوري عدة مناقشات لرسائل ماجستير ودكتوراة تحت إشرافه.

كما لا يكفيني الشكر أبداً لمن كان سبب في وجودي في هذا العالم، **والدي** الغالي بارك الله في عمره الذي كان دائم الدعم والدعاء لي بالتوفيق والسداد، وإلى روح **أمي** الغالية رحمة الله عليها التي كانت هي العون والصديق فاللهم اجزها الفردوس عن ذلك والحقنا بها في جنات النعيم.

والشكر موصول إلى زوجتي وصديقتي أ. **مريم السيد** وإلى ابني الغالي **عبد الرحمن** الذين طالما تحملوني كثيراً، وكانوا عوناً لي.

وكل التقدير إلى أخي الحبيب أ. **سيد عيسى** وإلى أخواتي العزيزات على قلبي **نهى عيسى ومريم عيسى** الذين طالما كانوا عوناً وسنداً لي.

وبالغ الشكر إلى والد زوجتي وأبي الثاني الحاج/ **السيد سعد** لحرصه الدائم على تشجيعي ومساعدتي وتقديم النصح والإرشاد.

وجزيل الشكر لاصدقائي الأعزاء د. **عبد العزيز عبد الغني** الذي طالما كان بجانبي في كل خطوات تنفيذ الرسالة عوناً وناصحاً، وكذلك د. **محمد زرمبة** مدرس الصحة النفسية بجامعة المنصورة الذي كان عوناً كبيراً لي في إجراءات ترجمة وتقنين المقياس الخاص بالرسالة وطالما كان ناصحاً أميناً، أ. **رمضان سعيد** لاستفادتي من خبراته السابقة ووقوفه بجانبي.

وإلى روح المعلمة والأم والناصحة د. **جيلان رياض** رحمها الله التي طالما عرفتها على مدار سنوات لا تبخل بأي جهد أو معلومة أو نصح، فاللهم أسكنها الفردوس الأعلى وأرحمها.

وبأسمى آيات الشكر والعرفان للدكتورة/ **إيمان رشوان** مدرس علم النفس بقسم العلوم النفسية بكلية التربية للطفولة المبكرة جامعة القاهرة ، لتقديمها النصح والإرشاد والمساعدة لي في رسالتي، كما أشكرها على تشريفي بحضور مناقشة رسالتي فذلك كان دعماً وتشجيعاً كبيراً لي.

كما أشكر **إدارة ومعلمي مدرسة ٦ أكتوبر الابتدائية**، لما قدموه لي من عون ومساعدة.

مستخلص الرسالة

اسم الطالب: عمرو محمد ابراهيم علي عيسى.

عنوان الرسالة: فاعلية برنامج تعديل سلوك لخفض معدل اللازمات الحركية لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت.

جهة الدراسة: قسم الصحة النفسية والإرشاد النفسي – كلية التربية – جامعة عين شمس / رسالة ماجستير.

تهدف الدراسة الحالية إلى: محاولة اكتشاف فاعلية برنامج تعديل سلوك لخفض معدل اللازمات الحركية لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت، وذلك خلال إعداد برنامج سلوكي يقوم على الأسس العلمية والعملية المتبعة عند التعامل مع هذه الفئة من الأطفال، حيث تم استخدام المنهج شبه التجريبي ذي المجموعة الواحدة التجريبية، وتكونت أدوات الدراسة من ستانفورد بينيه (الصورة الخامسة) للذكاء (تعريب وتقنين/ صفوت فرج، ٢٠١٠)، مقياس يال العالمي لشدة اللازمة Leckman et al, 1989 (تعريب وتقنين/ الباحث)، مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (إعداد/ عبدالعزيز الشخص، ٢٠٠٦)، برنامج تعديل سلوك لخفض معدل اللازمات الحركية (إعداد / الباحث)، وقد تكونت عينة الدراسة من (١٢) طفل من الأطفال ذوي متلازمة توريت المترددين على العيادة النفسية للأطفال والمراهقين بمستشفى بورسعيد للصحة النفسية و الأطفال الملتحقين بالصف الرابع والخامس والسادس بمدرسة ٦ أكتوبر الابتدائية ببورسعيد، وتتراوح أعمارهم الزمنية بين (٩ : ١٢) عام. وأسفرت نتائج الدراسة عما يلي:

- صحة الفروض وأن برنامج تعديل السلوك المستخدم في هذه الدراسة قد ساعد على الحد من حدوث اللازمات الحركية لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت؛ مما يدل على فاعليته.
- أن برنامج تعديل السلوك المستخدم يمتاز باستمرارية أثر فاعليته.

Key Words	الكلمات المفتاحية
Counseling Program	البرنامج الإرشادي
Behavior Modification	تعديل سلوك
Motor Tics	اللازمات الحركية
Children with Tourette Syndrome	الأطفال ذوي متلازمة توريت

قائمة محتويات الدراسة

أولاً: قائمة الموضوعات

ثانياً: قائمة الجداول

ثالثاً: قائمة الأشكال

رابعاً: قائمة الملاحق

الفصل الأول

مدخل الدراسة

الفصل الأول

- مقدمة
- مدخل الدراسة
- مشكلة الدراسة
- هدف الدراسة
- أهمية الدراسة
- مصطلحات الدراسة
- حدود الدراسة

مقدمة

متلازمة توريت Tourette Syndrome ويرمز لها اختصاراً TS، متلازمة جيليس دي لا توريت، أو اضطراب توريت هي حالة عصبية بسبب خلل في الدماغ، وتشير معظم الأدلة العلمية إلى أن هذا الاضطراب له منشأ وراثي (Olive, 2010: 2).

فقد حفل تاريخ متلازمة توريت على مدار القرنين الماضيين بالعديد من التغييرات المختلفة وطرق التفسير ومقترحات العلاج.

وكان أول وصف واضح قدم عن متلازمة توريت TS ذكر في الكتابات العلمية في عام (١٨٢٥)، عندما ذكر ايتارد Itard حالة ماركيزة دامبير Marquise De Dampierre التي تطور لديها أعراض متلازمة توريت TS في سن السابعة، وبسبب الطبيعة غير المقبولة اجتماعياً لألفاظها نتيجة اللازمات الصوتية اضطرت للعيش في عزلة حتى توفيت في سن (٨٥) عام (Kurlan, 2005: 40).

وسمي بهذا الاسم نسبة إلى الدكتور جورج دي لا توريتGeorges Gilles De la Tourette (١٨٥٧م – ١٩٠٤م) وهو طبيب أمراض عصبية كان يعيش في فرنسا، كان أول من حدد المتلازمة بعرض وصف لمركيزة دامبيير التي كانت من النبيلات وشملت أعراضها الكوبرولاليا، وفي وقت لاحق وبعد ستين عاما من محاولة ايتارد أي في عام (١٨٨٥) جاء الطبيب الفرنسي جورج جيل دو لا توريت، بوصف تسعة من المرضى يعانون من ظهور اللازمات منذ الصغر، التي تُصْدر كلاماً وأصواتاً لا يمكن السيطرة عليه.

ويذكر كورلان (Kurlan, 2005: 89) أن متلازمة توريت تحدث بنسبة(٣:١ %) لدى الأطفال في سن المدرسة.

ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي لتصنيف الاضطرابات النفسية

(DSM-5, 2013: 81) إلى أربعة محكات أساسية يجب أن تتواجد في الأشخاص ذوي اضطراب توريت:

(المحك أ) وجود عدة لازمات حركية مع واحدة أو أكثر من اللازمات الصوتية خلال فترة المرض وإن لم يكن بالضرورة في نفس الوقت.

(المحك ب) معدل تكرار اللازمات يتعاظم ويقل ولكن يجب أن تستمر لمدة أكثر من عام منذ بدء ظهور أول لازمة.

(المحك ج) ظهور الاضطراب قبل سن (١٨) عام.

(المحك د) اللازمات ليست بسبب تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة ما على سبيل المثال (الكوكايين) أو حالة طبية عامة (مثل مرض هنتنجتون أو بعد التهاب الدماغ الفيروسي). و يشير الدليل التشخيصي والإحصائي لتصنيف الاضطرابات النفسية (DSM-5,2013:83) إلى أن اضطراب توريت ينتشر في الذكور بشكل أكبر مقارنة بالإناث وأن معدل انتشاره في الذكور مقارنة بالإناث هو ١:٢ إلى ١:٤.

مشكلة الدراسة

انبثقت مشكلة الدراسة من متابعة الباحث للأطفال المترددين على قسم الأطفال بمستشفى بورسعيد للصحة النفسية وبعض المراكز الخاصة والتى تقدم خدمات التشخيص والتقييم والعلاج للمشكلات السلوكية والنمائية والنفسية للأطفال؛ حيث تبين من خلال المتابعة والملاحظة نُدرة وقلة في تشخيص متلازمة توريت حيث أن معظم شكاوي الأهل تكون من أعراض أخرى ثانوية ناتجة عن أعراض الاضطراب أو مصاحبة لها، وكذلك وجود مشكلات في التعامل معها بشكل علمي، وكذلك ندرة البرامج العلاجية السلوكية التي تستخدم في المدارس والمراكز والمؤسسات المتخصصة. لذلك رأى الباحث وجود حاجة ملحة إلى تسليط الضوء على أهم أعراض متلازمة توريت وهي اللازمات الحركية من خلال اقتراح وتصميم برنامج تعديل سلوك لخفض معدل اللازمات الحركية لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت.

وتتحدد مشكلة الدراسة الحالية في محاولة الإجابة على التساؤلات الآتية :

- إلى أي مدى سوف يسهم البرنامج الإجرائي في خفض معدل اللازمات الحركية لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت ؟

- هل يختلف معدل حدوث اللازمات الحركية لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت قبل و بعد تطبيق البرنامج عليهم ؟

- هل يختلف معدل حدوث اللازمات الحركية لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت فى التطبيق البعدى والمتابعة بعد مضى شهر من انتهاء تطبيق البرنامج ؟

أهداف الدراسة

تسعى الدراسة الحالية إلى خفض معدل اللازمات الحركية لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت.

وينشق من هذا الهدف الرئيسي عدة أهداف فرعية يمكن عرضها على النحو التالي:

التعرف على طبيعة ومستوى اللازمات الحركية لعينة من الاطفال ذوي متلازمة توريت.

١- إعداد برنامج يعمل على تقليل معدل حدوث اللازمات الحركية باستخدام فنيات تعديل السلوك عند الأطفال ذوي متلازمة توريت.

٢- التأكد من إستمرارية تأثير البرنامج بعد توقف التدريب (فترة المتابعة).

٣- استفادة المدارس والمؤسسات المتخصصة بتقديم خدمات للمساعدة من خلال اسهام علمى ودراسة علمية فى مجال سلوكيات اللازمات الحركية عند الأطفال ذوي متلازمة توريت .

أهمية الدراسة

تنبع أهمية الدراسة الحالية من أهمية الموضوع الذي تناولته وهو برنامج تعديل سلوك لخفض معدل اللازمات الحركية لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت.

كما تكمن أهمية الدراسة الحالية في سعيها نحو مساعدة الأطفال من ذوى متلازمة توريت، وهى الفئة التي أهملتها الدراسات والبحوث العربية بشكل شبه كامل في حدود علم الباحث والتي يجب اكتشافها وتشخيصها مبكرا؛ ولذلك تسعى الدراسة الحالية لبحث مدى فاعلية برنامج تعديل سلوك لخفض معدل اللازمات الحركية لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت، حتى يُمكن للمجتمع التعرف على هذه الفئة والتعامل معها بالشكل الصحيح وتقليل الأثار السلبية المترتبة على حدوث الاضطراب، ومن ثم تتضح أهمية الدراسة الحالية من خلال عرض الأهمية النظرية والتطبيقية للدراسة وذلك على النجو التالي:

أولاً: الأهمية النظرية:

تتجسد الأهمية النظرية للدراسة الحالية في:

تسليط الضوء على متلازمة توريت في الدراسات العربية.

تعد الدراسة محاولة علمية لإلقاء المزيد من الضوء حول مفهوم اللازمات الحركية لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت.

ندرة برامج التدخل السلوكية الموجهة لهذه الفئة وفقاً لحدود علم الباحث.

ثانياً : الأهمية التطبيقية:

تكمن الأهمية التطبيقية للدراسة في:

١. تقديم برنامج تعديل سلوك لخفض معدل حدوث اللازمات الحركية لدي الأطفال ذوي متلازمة توريت.
٢. تقديم برنامج لتوعية الوالدين بكيفية التعامل مع مثل هذه اللازمات عند أبنائهم من ذوي متلازمة توريت.
٣. تعريب مقياس يال العالمي لشدة اللازمة.

مصطلحات الدراسة

١- البرنامج الإرشادي Counseling Program

يعرفه (سعد بن دبيس، ٢٠٠٦: ٦٣) بأنه تصميم مخطط ومنظم على أسس علمية، ويحتوي على مجموعة من الخدمات تساعد على حل المشكلات التي تواجه الأفراد في مجالات التوافق والتكيف والانسجام والتغلب على الاضطرابات النفسية والاجتماعية وفق أهداف الإرشاد والتوجيه، الأمر الذي يؤدي إلى توافق الفرد والتحصن ضد المشكلات والتغلب عليها مستقبلاً، فالبرنامج الإرشادي، يعتمد بالدرجة الأولى على الجانب الوقائي؛ أي وقاية الأفراد من الوقوع في بعض المشكلات الاجتماعية، والاضطرابات النفسية، والجانب العلاجي، أي معالجة بعض هذه المشكلات وتخفيف نسبة تأثيرها إلى أكبر حد ممكن.

ويعرف الباحث البرنامج الارشادي إجرائياً بأنه ذلك البرنامج المخطط المنظم وفق عدة خطوات متتابعة، ويعتمد على مجموعة من الأسس والمبادئ الناتجة عن تلك العلاقة الإنسانية بين شخصين أحدهما يحتاج إلى مساعدة لحل مشكلاته التي تواجهه ولعبور الأزمات التي يعاني منها، وبين شخص أخر يقدم له هذه المساعدة على أسس علمية ومهنية أخضعت للدراسة والبحث العلمي.

٢- تعديل سلوك Behavior Modification

يعرفه (عبدالعزيز الشخص،٢٠٠٦: ٦١) بأنه عملية تتضمن تشكيل سلوكيات الفرد بحيث نحاول خفض معدل حدوث السلوك غير المرغوب أو التخلص منه من ناحية، وتدعيم السلوك المرغوب أو تعزيزه من ناحية أخرى، وذلك من خلال التحكم في البيئة التعليمية عن طريق تطبيق مبادئ التعلم بأسلوب مخطط ومنظم.

ويعرف الباحث تعديل السلوك إجرائياً بأنه هو الإجراءات والفنيات والمبادئ التي انبثقت عن البحوث العلمية في علم السلوك الإنساني، والتي تهدف إلى العمل على الحد من السلوكيات السلبية وإحلال سلوكيات إيجابية بدلاً منها، ويستخدم تعديل السلوك في العديد من التطبيقات ونواحي الحياة المختلفة

مثل المجال الإكلينيكي لمساعدة الناس في التعامل مع المشكلات النفسية المختلفة أو مايسمى بالعلاج السلوكي، وإدارة سلوك الأطفال في المنزل و المدرسة والمجتمع الخارجي أو مايسمى بعلم التربية، وتنظيم سلوكيات الموظفين في مؤسسات العمل المختلفة أو مايسمى بالسلوك التنظيمي، وفي مجال ذوي الإعاقات والاضطرابات النمائية لتعلم مهارات التكيف والحياة اليومية، وفي زيادة السلوكيات الصحية المرتبطة بالتغذية الصحية والإقلاع عن التدخين وممارسة الرياضة أو مايسمى بالطب السلوكي.

٣- اللازمات الحركية Motor Tics

يعرفها ميلتنبرجر (Miltenberger, 2015: 433) بأنها هي الحركات المتكررة والمتأرجحة لمجموعة معينة من العضلات في الجسم. وانها عادة ما تنطوي على العضلات في الرقبة أو الوجه ولكن قد تنطوي أيضا على الكتفين والذراعين واليدين والساقين والجذع. اللازمات الحركية التي تنطوي على الرقبة يمكن أن تشمل حركات الرأس إلى الأمام، إلى الوراء، أو إلى الجانب، وتناوب الحركات التي تنطوي على التواء الرقبة، أو الجمع بين البعض. قد تشمل اللازمات في الوجه التحديق، الومض بالقوة، ورفع الحاجب، التجهم من زاوية الفم إلى الخلف، أو الجمع بين البعض. أنواع أخرى من اللازمات الحركية يمكن أن تشمل على رفع الكتف، أرجحة الذراع إلى الجانب، التواء ولف الجذع، أو غيرها من حركات الجسم التكرارية. ويعتقد أن اللازمات الحركية تترافق مع التوتر العضلي الشديد، وهذا مايتبناه الباحث إجرائياً.

٤- الأطفال ذوي متلازمة توريت Children with Tourette Syndrome

يعرف أوم (Ohm, 2006:223) متلازمة توريت بأنها اضطراب حركي سلوكي عصبي ذو شق وراثي يتسم بوجود نوبات لا إرادية من اللازمات الحركية والصوتية والتي تظهر في أوقات متعددة خلال اليوم (كل يوم تقريباً أو بصورة متقطعة على مدى فترة تزيد عن عام واحد)، وعلى الرغم من أن ذكاء الأطفال ذوي متلازمة توريت عادي إلا أن هناك عدداً من الاضطرابات المصاحبة مثل اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، اضطراب الوسواس القهري، الاندفاعية، العنف، سلوك إيذاء الذات، صعوبات التعلم.

كما يعرف الباحث الأطفال ذوي متلازمة توريت إجرائياً بأنهم: أولئك الأطفال الذين تظهر عليهم أعراض لواحدة أو أكثر من اللازمات الحركية مصاحبة بظهور واحدة أو أكثر من اللازمات الصوتية سواء في نفس الوقت أو في وقت ماضي، وأن يكون قد مر على بدء ظهور أول لازمة ١٢ شهر على الأقل.

حدود الدراسة :

تتحدد الدراسة الحالية بمنهجها ، وبالعينة المستخدمة فيها ، بأدواتها ، وفروضها ، وبالأساليب الإحصائية المستخدمة فى معالجة البيانات ، وذلك على النحو التإلى :

منهج الدراسة (الحدود المنهجية) :

يستخدم الباحث المنهج شبه التجريبي Quasi-Experimental Design الذي يقوم على دراسة العلاقة بين المتغير المستقل Independent Variable (برنامج تعديل السلوك) والمتغير التابع Dependent Variable (اللازمات الحركية)، وقد استخدم الباحث التصميم ذو المجموعة الواحدة مع القياس القبلي– البعدي– التتبعي، حيث يحاول الباحث التحقق من مدى فاعلية برنامج تعديل سلوك لخفض معدل اللازمات الحركية لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت.

أدوات الدراسة:

- مقياس ستانفورد بينيه الصورة الخامسة. (إعداد/ صفوت فرج، ٢٠١١)
- مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (إعداد/ عبدالعزيز الشخص، ٢٠٠٦)
- مقياس يال العالمي لشدة اللازمة. (Leckman et al, 1989) (تعريب/ الباحث)
- برنامج تعديل سلوك لخفض معدل اللازمات الحركية. (إعداد/ الباحث)
- عينة الدراسة (الحدود البشرية):

تتضمن عينة الدراسة الأساسية من (١٢) طفل وطفلة (٩ ذكور، ٣ إناث) من الأطفال ذوي متلازمة توريت. وتتراوح أعمارهم الزمنية بين (٩– ١٢) سنة ؛ مع مراعاة التجانس بين أفراد العينة من حيث السن ونسبة الذكاء والمستوى الاقتصادي الاجتماعي والثقافي.

الأساليب الإحصائية:

استخدم الباحث الأساليب الإحصائية التالية للتحقق من صحة فروض الدراسة :

المتوسط الحسابي.
الانحراف المعياري.
معامل ارتباط بيرسون.
معامل ثبات ألفا كرونباخ.
معامل سبيرمان براون للتصحيح من أثر التجزئة.
استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test اللابارامتري للكشف عن الفروق بين المجموعات المرتبطة.

الفصل الثاني

المفاهيم الأساسية والإطار النظري

الفصل الثاني

المفاهيم الأساسية والإطار النظري

المحور الأول: تعديل السلوك

المحور الثاني: الأطفال ذوي متلازمة توريت

الفصل الثاني

المفاهيم الأساسية والإطار النظري

تمهيد:

يتناول هذا الفصل الإطار النظري للدراسة، وهو يعد محاولة لتحديد المصطلحات الأساسية التي قدم الباحث عرضاً لها في الفصل السابق، وذلك بهدف التعرف على تلك المصطلحات الأساسية التي تشكل جانباً مهماً في الدراسة؛ حيث يتناول الباحث ماهية تعديل السلوك ومعناه وخصائصه وتطبيقاته والفنيات المستخدمة فيه، وكذلك ماهية متلازمة توريت ومعناها وأعراضها والاضطرابات المصاحبة لها وكذلك أنواع اللازمات فيها، كما يتناول الباحث ماهية مرحلة الطفولة وتعريفها وخصائصها؛ لذا نتناول في هذا الفصل أربعة محاور رئيسية هي:

المحور الأول: تعديل السلوك.

المحور الثاني: الأطفال ذوي متلازمة توريت

المحور الأول: تعديل السلوك Behavior Modification

لم يكن مفهوم تعديل السلوك مفهوماً جديداً أو حديث العهد بالوجود بل هو مفهوم قديم فلقد عرف الإنسان منذ القدم أساليب كثيرة في تعديل السلوك واستخدمها في حياته مع بني البشر فلقد كان الآباء والأجداد يستخدمون أساليب الثواب والعقاب بأشكالها المختلفة في تنشئة أطفالهم وتعديل أنماط سلوكهم غير المرغوبة عن طريق تعزيزها وإثابتها ومعاقبة السلوكيات غير المرغوبة مما قد يؤدي ذلك في النهاية إلى تناقصها وانطفائها تدريجياً ويتم ذلك دون علمهم بنظريات التعلم والتربية الحديثة (طه عبد العظيم حسين، ٢٠٠٨: ٥١).

أولاً: تعريف تعديل السلوك

يعرفه عادل عبد الله (٢٠١٥: ٩) على أنه عملية تعديل السلوك هي تلك العملية المتدرجة التي يتم بمقتضاها تعديل السلوك الإنساني، وهي عملية تتألف من عدد من الخطوات المرحلية، ويتم خلالها مراعاة العديد من الالتزامات الأخلاقية في هذا الصدد، والالتزام بها، كما يتم خلالها أيضاً استخدام عدد من استراتيجيات تعديل السلوك بما تضمه وتتضمنه من فنيات مختلفة وذلك بغرض تحقيق الأهداف المنشودة. ولتحقيق تلك الأهداف يمكن الاستعانة أيضاً بعدد من المستحدثات التكنولوجية ذات الصلة.

يعرف عبد الستار إبراهيم وآخرون (١٩٩٣: ٣١) أن العلاج السلوكي شكل من أشكال العلاج يهدف إلى تحقيق تغيرات في سلوك الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر إيجابية وفاعلية.

كما يعرفه سالكيند (Salkind, 2008: 92) بأنه أسلوب يستخدم لتغيير سلوك الفرد ويستند على مبادئ نظرية التعلم. باستخدام هذا الأسلوب يمكن تعديل السلوك وذلك فيما يتعلق بتكراره، مدته، أو شدته. وتعديل السلوك هو طريقة شاملة يمكن تطبيقها على تلك السلوكيات التي تحدث في كثير من الأحيان (مثل التجاوزات السلوكية)، أو تلك نادرة الحدوث (مثل العجز السلوكي)، ومع كلٍ من كلا السلوكيات تلك التي يمكن ملاحظتها (مثل الظاهرة) ومع تلك التي ليست واضحة بشكل مباشر (مثل الخفية). كما أن تلك التدخلات التي تستخدم تعديل السلوك ينتج عنها نتائج إيجابية حينما تستخدم مع الأشخاص اللذين تم تشخيصهم باضطراب القلق، اضطراب عسر الانتباه المصحوب بفرط الحركة (ADHD)، الإعاقات السلوكية والانفعالية، والإعاقات النمائية.

ويشير جولدشتين و ناجليري (Goldstein, Naglieri,2011 :226) إلى أن تعديل السلوك هو استخدام تقنيات تجريبية لتقدير وتقييم، وتغيير السلوكيات.

كما يعرف جمال الخطيب (٢٠٠٨: ١٣) تعديل السلوك أنه نوع خاص من أنواع التأثير في السلوك يتضمن تطبيق المبادئ التي انبثقت عن البحوث في علم النفس التجريبي، بهدف الحد من المعاناة الإنسانية وتحسين الأداء الإنساني.

ويعرف كلٌ من جابر عبدالحميد و علاء الدين كفافي (١٩٨٩: ٣٨٥) تعديل السلوك أنه استخدام التشريط الإجرائي والتغذية الراجعة البيولوجية والنمذجة والتشريط النفوري والكف بالنقيض (المتبادل) أو فنيات التعلم الأخرى كوسائل لتغيير السلوك الإنساني وتحسين التكيف وتخفيف الأعراض.

ويشير عبدالعزيز الشخص (٢٠٠٦: ٦١) إلى أن تعديل السلوك هو عملية تتضمن تشكيل سلوكيات الفرد بحيث نحاول خفض معدل حدوث السلوك غير المرغوب أو التخلص منه من ناحية، وتدعيم السلوك

المرغوب أو تعزيزه من ناحية أخرى، وذلك من خلال التحكم في البيئة التعليمية عن طريق تطبيق مبادئ التعلم بأسلوب مخطط ومنظم.

ثانياً: أهداف تعديل السلوك

يشير طه عبد العظيم حسين (٢٠٠٨: ٨٩) إلى أن برامج تعديل السلوك تهدف إلى تحقيق الأهداف التالية:

- مساعدة الطالب على تعلم سلوكيات جديدة غير موجودة لديه.
- مساعدة الطالب على زيادة السلوكيات المقبولة اجتماعياً والتي يسعى الطالب إلى تحقيقها.
- مساعدة الطالب على التقليل من السلوكيات غير المقبولة اجتماعياً مثل التدخين، الإدمان، تعاطي الكحول، ضعف التحصيل الدراسي... الخ.
- تعليم الطالب أسلوب حل المشكلات.
- مساعدة الطالب على أن يتكيف مع محيطه المدرسي وبيئته الاجتماعية.
- مساعدة الطالب على التخلص من مشاعر القلق والإحباط والخوف.
- مساعدة الطالب على السلوك في المواقف الاجتماعية بطريقة ايجابية وسوية.
- مساعدة الطالب على تعديل أنماط تفكيره السلبية والمحرفة واستبدالها بأنماط تفكير أكثر عقلانية ومنطقية.
- مساعدة الطالب على تعلم المهارات الاجتماعية التي تعينه على التفاعل الاجتماعي مع الآخرين بفاعلية واقتدار.
- مساعدة الطالب على تحقيق مستوى وقدر ملائم من التوافق النفسي والدراسي وتعلم توكيد الذات دون الاعتداء على الآخرين من الأقران في غرفة الصف وتعلم القدرة على ضبط ذاته وسلوكه والتحكم والسيطرة على انفعالاته والتعبير عنها بطرق إيجابية مع مراعاة لمشاعر الآخرين من أقرانه.
- كما يشير عادل عبد الله (٢٠١٥: ٣٦-٣٧) إلى أن تعديل السلوك قد يهدف إلى تحقيق واحدة أو أكثر من الأهداف التالية:
- إكساب الطفل مهارة معينة، وصقلها وتنميتها، وقد ينحصر الأمر في إكساب الطفل جانب معين من مهارة ما، وليس المهارة كاملة، وصقل ذلك الجانب وتنميته. ولاتقتصر تلك المهارات على جانب واحد فقط من جوانب الشخصية الإنسانية، بل تمتد إلى تلك الجوانب بأسرها.
- إكساب الطفل سلوكاً معيناً أو أكثر من تلك السلوكيات المقبولة اجتماعياً، أو التي تحظى بالمرغوبية الاجتماعية social desirability.

- الحد من سلوك معين غير مقبول اجتماعياً يأتي به الطفل بشكل مستمر، أو التخلص من مثل هذا السلوك نهائياً بمعنى أن نعمل على انطفائه. وهذا يعني أن نعمل على التخلص من ذلك السلوك، وإذا لم نتمكن من تحقيق ذلك فإننا نعمل على الحد منه، والإقلال من مستوى حدته أو شدته.

ثالثاً: نماذج تعديل السلوك

يذكر (جمال الخطيب، ٢٠١٤: ٢١) أن ميدان تعديل السلوك تأثر بالعديد من النماذج النظرية وهي: نموذج الإشراط الكلاسيكي، ونموذج الإشراط الإجرائي، ونموذج التعلم الاجتماعي، ونموذج التعلم المعرفي:

- نموذج الإشراط الكلاسيكي (Classical Conditioning Model)
- حيث توصف مبادئ الإشراط الكلاسيكي، أو ما يسمى بالإشراط الاستجابي(Respondent Conditioning) والإشراط البافلوفي (Pavlovian Conditioning) بأنها المبادئ التي توضح شكل العلاقات بين المثيرات القبلية والسلوك الإستجابي، ومبادئ التعلم هذه تفسر أشكال التعلم البسيط، أي تلك الاستجابات التي تحدثها مثيرات بيئية معينة، ولقد كان لهذه المبادئ أثر كبير على ميدان تعديل السلوك.
- ومن النماذج المعروفة والتي انبثقت عن هذه المبادئ النموذج المعروف باسم سلوكية المثير – الاستجابة (Stimulus - Response Behaviorism) الذي وضع أسسه عالم النفس الأمريكي جون واطسون John B. Watson استنادا إلى دراسات عالم الفسيولوجيا الروسي إيفان بافلوف Ivan P. Pavlov. وتبعاً لهذه الأسس، طور جوزيف ولبي Wolpe،أسلوب تقليل الحساسية التدريجي، وطور هانزك يزيك أسلوب المعالجة بالتنفير، وطور سالتر Salter أسلوب معالجة ردود الفعل الشرطية إضافة إلى الإفادة من قوانين التعلم التي وصفها بافلوف Pavlov ، فلقد وظف هؤلاء المعالجون المبادئ التي قدمتها نظريات التعلم مثل ومور وجنري وغيرهم.
-
- نموذج الإشراط الإجرائي (Operant Conditioning Model)
- يهتم نموذج الإشراط الإجرائي بدراسة قوانين التعلم التي يخضع لها السلوك الإجرائي ويستند هذا النموذج إلى بحوث ثورانديك Thorndike حول الإشراط انفعال (Instrumental Conditioning) وبخاصة منها قانون الأثر، وبحوث سكنر Skinner، المعروفة باسم التحليل السلوكي التجريبي (The Experimental Analysis of Behavior)، والفلسفة السلوكية الراديكالية (Radical Behaviorism) ولقد كان للفلسفة السلوكية السكنرية

(أو ما يسمى أيضاً بفلسفة علم سلوك الإنسان) الأثر الأكبر على ميدان تعديل السلوك. وينصب جل اهتمام الباحثين والممارسين الذين يوظفون هذا النموذج على تحليل السلوك في الوضع البيئي الطبيعي الذي يحدث فيه وعلاقته بالمتغيرات البيئية القبلية والبعدية (انظر الشكل رقم ١)

Consequences Behavior Antecedent

(C) ⟵ (B) ⟵ (A)

المثيرات البعدية السلوك المثيرات القبلية

الشكل رقم (١) التحليل الوظيفي للسلوك

فوفق هذا النموذج تحتل المثيرات البعدية الدور الأساسي في عملية تحليل السلوك وتعديله، فالمثيرات القبلية رغم أنها تؤثر في السلوك الإجرائي، إلا أن أثرها يستمد من علاقتها بالمثيرات البعدية (نتائج السلوك).

نموذج التعلم الاجتماعي (Social Learning Model)

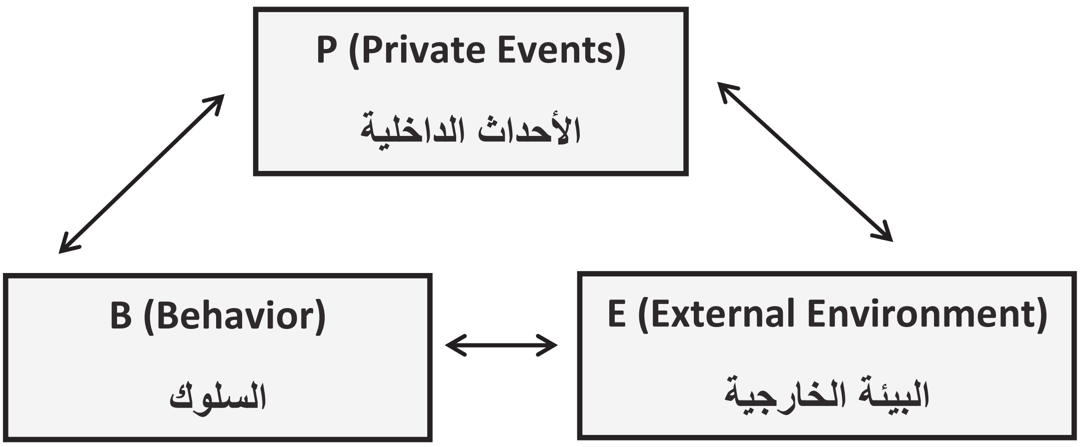
- أما النموذج الثالث الرئيسي في ميدان تعديل السلوك فهو نموذج التعلم الاجتماعي الذي وضع أسسه البرت باندورا Albert Bandura ، وفي هذا النموذج حاول باندورا دمج النماذج السابقة جميعاً بهدف تطوير نظرية تتصف بالشمولية تشتمل على العوامل البيولوجية والبيئية والمعرفية، وتتمثل الخاصية الأساسية لهذا النموذج في إيضاح عملية التعلم من خلال الاعتماد على دور العمليات المعرفية (Cognitive Processes) أو ما يسمى بالبنى المعرفية الوسيط (Meditational Constructs).
- ويرى أتباع هذا المنحى أن التعلم قد يحدث دون تدريب مباشر أو دون تأثير مباشر للظروف البيئية، وإنما من خلال التعلم بالملاحظة (Observational Learning)، أو ما يسمى أيضاً بالتعلم بالمحاكاة أو النمذجة (Modeling). باختصار فإن نموذج التعلم الاجتماعي الذي وضع أسسه البرت باندورا Albert Bandura قد جاء كمحاولة لتضييق الهوة بين المنحى السلوكي وعلم النفس المعرفي، ولكن هذا النموذج حاول تحقيق ذلك دون التخلي عن المنهج العلمي الذي يتبناه النظرية السلوكية.

نموذج التعلم المعرفي (Cognitive Learning Model)

- وأخيراً، شهد ميدان تعديل السلوك اهتماماً متزايداً في السنوات القليلة الماضية بدور العمليات المعرفية والرمزية في عملية تشكل السلوك. وقد عرف هذا المنحى بالمنحى السلوكي المعرفي

(Cognitive Behaviorism)، أو بمنحى تعديل السلوك المعرفي (Cognitive Behavior Modification).

- ومن القضايا الهامة التي يركز عليها هذا النموذج: كيفية إدراك الشخص للأحداث البيئية، وتفسير الشخص ذاته لسلوكه وتبريره له وأنماط التفكير لدى الشخص، والتحدث إلى الذات، والاستراتيجيات المعرفية التي يستخدمها الشخص، واستراتيجيات الضبط الذاتي. وقد انبثقت عن هذه المبادئ أساليب مختلفة لتعديل السلوك الإنساني مثل أسلوب إعادة البناء المعرفي، والتعليم الذاتي، والعلاج المعرفي، وحل المشكلات، والعلاج العقلاني العاطفي وغير ذلك.
- ويميز هذا النموذج بين اكتساب الاستجابة وتأديتها، فالسلوك قد يتعلمه الفرد على المستوى المعرفي قبل أن يقوم بتأديته. أما التعزيز، وهو حجر الأساس في النموذج الإشراطي، فهو عملية منظمة للسلوك وليس عملية ضابطة. فاكتساب الفرد للسلوك أو عدم اكتسابه له يعتمد على عوامل معرفية مختلفة منها ما يتصل بالملاحظ (مثل الانتباه والتذكر) ومنها ما يتصل بالنموذج (جنسه ومكانته). وكما يرى أصحاب هذا النموذج، فالهدف الأساسي الذي تتوخى أساليب تعديل السلوك تحقيقه هو تطوير القناعة لدى الفرد بالكفاية الشخصية (Personal Efficacy).
- إن سلوك الإنسان وفق نموذج التعلم المعرفي محصلة للبيئة الخارجية والعمليات المعرفية والأحداث الداخلية الأخرى، وتبعاً لذلك فالإنسان ليس سلبياً تفعل به البيئة ما تشاء ولاهو يستطيع تحديد أفعاله كاملة. وبناء على وجهة النظر هذه فإن أفعال الإنسان محصلة لعوامل ثلاثة أساسية هي: السلوك، والمؤثرات البيئية، والعوامل المعرفية.



شكل رقم (٢)

عوامل التفاعل وفق نموذج التعلم المعرفي

رابعاً: تطبيقات تعديل السلوك

يذكر ميلتنبرجر (Miltenberger, 2012: 10) "أن إجراءات تعديل السلوك تستخدم في العديد من المجالات لمساعدة الناس على تغيير مجموعة واسعة من السلوكيات المشكلة".

كما نستعرض العديد من تطبيقات تعديل السلوك كما يلي:

١. الاضطرابات النمائية Developmental Disabilities

يعتبر أكثر أبحاث تعديل السلوك التي قد أجريت هي في مجال الاضطرابات النمائية مقارنة بأي مجال آخر. الأشخاص ذوي الاضطرابات النمائية عادة ما يكون لديهم اضطرابات سلوكية خطيرة، ويستخدم تعديل السلوك لتعليم مجموعة متنوعة من المهارات الوظيفية للتغلب على هذه الاضطرابات.

بالإضافة إلى ذلك، فإن الأشخاص ذوي الاضطرابات النمائية قد يظهرون مشكلات سلوكية خطيرة مثل سلوكيات إيذاء الذات، سلوكيات عدوانية، وسلوكيات تدميرية. كما أن هناك وفرة من الأبحاث في تعديل السلوك تدل على أن هذه السلوكيات عادة ما يمكن السيطرة عليها أو التخلص منها مع استخدام التدخلات السلوكية. وتستخدم إجراءات تعديل السلوك على نطاق واسع في تدريب العاملين وإدارة شئون العاملين في مجال الاضطرابات النمائية.

٢. المرض العقلي Mental Illness

أثبتت بعض الأبحاث والتي هي من أقدم الأبحاث في تعديل السلوك فاعليتها في مساعدة الأشخاص ذوي المرض العقلي في الأطر المؤسسية. كما أن تعديل السلوك يستخدم مع المرضى ذوي المرض العقلي المزمن لتعديل سلوكيات مثل مهارات الحياة اليومية، السلوك الاجتماعي، السلوك العدواني، الامتثال للعلاج، السلوكيات الذهانية، مهارات العمل. كما يعتبر بشكل خاص إحدى الإسهامات الهامة لتعديل السلوك كانت استحداث إجراء تحفيزي للمرضى داخل المؤسسات العلاجية يطلق عليه الاقتصاد الرمزي. وماتزال الاقتصاديات الرمزية تستخدم بشكل واسع في أماكن علاجية متنوعة.

٣. التربية والتربية الخاصة Education and Special Education

تستخدم إجراءات تعديل السلوك في التربية بشكل واسع، وقد خطت خطوات كبيرة في مجال التربية بسبب أبحاث تعديل السلوك. حيث قام الباحثون بتحليل التفاعلات بين الطالب والمعلم داخل الصف الدراسي، وتحسين طرق التدريس وتطوير إجراءات للحد من السلوكيات المشكلة داخل الصف الدراسي.

كما استخدمت إجراءات تعديل السلوك في التعليم العالي لتحسين التقنيات التعليمية، وبالتالي تحسين تعلم الطلاب.

وفي التربية الخاصة، والتي تُعنَى بتعليم الأشخاص ذوي الاضطرابات النمائية أو الآخرين ذوي الاحتياجات الخاصة، يلعب تعديل السلوك دور كبير في تطوير أساليب التعليم، التحكم في المشكلات

السلوكية داخل الصف الدراسي، وتحسين السلوكيات الاجتماعية والمهارات الوظيفية، تطوير إدراة الذات، وتدريب المعلمين.

٤. إعادة التأهيل Rehabilitation

إعادة التأهيل هي عملية مساعدة الأفراد على إعادة اكتساب الوظيفة الطبيعية بعد التعرض لإصابة أو صدمة، مثل الإصابة في الرأس الناتجة عن التعرض لحادثة أو تلف الدماغ نتيجة التعرض لسكتة دماغية، يستخدم تعديل السلوك في إعادة التأهيل لتعزيز الالتزام بالإجراءات الروتينية الخاصة بإعادة التأهيل مثل العلاج الطبيعي، لتعليم مهارات جديدة تستطيع أن تحل محل المهارات المفقودة خلال التعرض للإصابة أو الصدمة، لتقليل المشكلات السلوكية، للمساعدة في إدارة الألم المزمن، ولتحسين أداء الذاكرة.

٥. علم النفس المجتمعي Community Psychology

في إطار علم النفس المجتمعي، فإن التدخلات السلوكية تكون مصممة للتأثير في سلوك أعداد كبيرة من الناس بسبل تعود بالفائدة على الجميع، حيث أن بعض الأهداف للتدخلات السلوكية المجتمعية تتضمن الحد من إلقاء النفايات، زيادة إعادة التدوير، الحد من استهلاك الطاقة، الحد من القيادة الغير أمنة، الحد من الاستخدام الغير مشروع للمخدرات، زيادة استخدام أحزمة الأمان، الحد من وقوف السيارات بشكل غير قانوني في الأماكن المخصصة لذوي الاحتياجات الخاصة، الحد من السرعة الفائقة.

٦. علم النفس الإكلينيكي Clinical Psychology

في علم النفس الإكلينيكي، تكون الإجراءات والمبادئ النفسية مطبقة لمساعدة الناس ذوي المشكلات الشخصية؛ فإن علم النفس الإكلينيكي يشمل العلاج الفردي أو العلاج في إطار مجموعة المُعد من قبل أخصائي نفسي.

وتعديل السلوك في إطار علم النفس الإكلينيكي، يطلق عليه غالباً العلاج السلوكي، وتم تطبيقه لعلاج نطاق واسع من المشكلات الإنسانية. كما قد استخدمت إجراءات تعديل السلوك لتدريب الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين.

الأعمال والصناعة والخدمات الإنسانية Business, Industry, and Human Services

يطلق على استعمال تعديل السلوك في مجال الأعمال، الصناعة، الخدمات الإنسانية اسم تعديل السلوك التنظيمي. وقد استخدمت إجراءات تعديل السلوك لتحسين أداء العمل والأمن والسلامة في العمل وتقليل التأخير، والتغيب عن العمل، تقليل الحوادث خلال العمل؛ بالإضافة لذلك فإن إجراءات تعديل السلوك قد استخدمت لتحسين أداء المشرفين. وقد كان ناتج استعمال تعديل السلوك في الأعمال والصناعة هو زيادة الإنتاجية والأرباح للمنظمات وزيادة الرضا الوظيفي لدى العمال.

٧. إدارة الذات Self-Management

يوظف الناس إجراءات تعديل السلوك لإدارة سلوكياتهم؛ للتحكم في العادات الشخصية، السلوكيات المرتبطة بالصحة، السلوكيات المهنية، والمشكلات الشخصية.

٨. إدارة سلوك الطفل Child Behavior Management

يوجد عدد وفير من تطبيقات تعديل السلوك في إدارة سلوك الطفل؛ فيستطيع أولياء الأمور والمعلمون تعلم استخدام إجراءات تعديل السلوك لمساعدة الأطفال في التغلب على مشكلات بلل السرير، وقضم الأظافر، ونوبات الغضب، وعدم الالتزام، والسلوكيات العدوانية، والعادات السيئة، اللجلجة، والمشكلات الشائعة الأخرى.

٩. الوقاية Prevention

يتم تطبيق إجراءات تعديل السلوك للوقاية من المشكلات في الطفولة. ومن التطبيقات الأخرى التي يتضمنها تعديل السلوك في مجال الوقاية هي: الوقاية من الإساءة الجنسية للطفل، اختطاف الطفل، الحوادث التي تقع داخل المنزل، الإساءة والإهمال للطفل، التسمم، الإصابات، والأمراض المنقولة جنسياً. وتعتبر الوقاية من المشكلات داخل المجتمع باستخدام تعديل السلوك جانباً واحداً لعلم النفس المجتمعي.

١٠. الأداء الرياضي Sports Performance

يستخدم تعديل السلوك بشكل واسع في مجال علم النفس الرياضي. وتستخدم إجراءات تعديل السلوك لتحسين الأداء الرياضي على تنوع واسع من الألعاب الرياضية خلال التدريب والمنافسة.

وقد أظهرت إجراءات تعديل السلوك نتيجة أفضل في الأداء الرياضي مقارنة بإجراءات التدريب التقليدية.

١١. السلوكيات المرتبطة بالصحة Health-Related Behaviors

تستخدم إجراءات تعديل السلوك من أجل الترويج للسلوكيات المرتبطة بالصحة عن طريق زيادة سلوكيات نمط الحياة الصحية (مثل التمارين والتغذية السليمة) وتقليل السلوكيات الغير صحية (مثل التدخين، شرب الكحول، الإفراط في تناول الطعام)، كما تستخدم إجراءات تعديل السلوك أيضاً لتعزيز تلك السلوكيات التي لها تأثير إيجابي في المشكلات الطبية والجسدية مثل خفض شدة ومعدل تكرار الصداع، ضغط الدم المنخفض، وتقليص اضطرابات الجهاز الهضمي والعمل على زيادة الالتزام بالحميات الطبية، ويطلق على تطبيق تعديل السلوك في السلوكيات المرتبطة بالصحة مُسمى الطب السلوكي أو علم نفس الصحة.

١٢. علم الشيخوخة Gerontology

تطبق إجراءات تعديل السلوك في دور الرعاية ومرافق الراحة الأخرى للمساعدة في إدارة سلوك كبار السن، وتستعمل إجراءات تعديل السلوك لمساعدة كبار السن في التعامل مع قدراتهم الجسدية المتدنية،

لمساعدتهم في التأقلم مع بيئات دور الرعاية، وتشجيع السلوكيات المرتبطة بالصحة والتفاعلات الاجتماعية المناسبة، وخفض حدوث تلك المشكلات السلوكية التي تنشأ من مرض الزهايمر، والأنواع الأخرى من الخرف، أو المتطلبات المؤسسية.

خامساً: خصائص تعديل السلوك

ويشير حامد زهران (١٩٨٠:٣٣٧) إلى إجراءات الإرشاد السلوكي في:

تحديد السلوك المضطرب المطلوب تعديله أو تغييره.
تحديد الظروف أو المواقف أو الخبرات التي يحدث فيها السلوك المضطرب.
تحديد العوامل المسئولة عن استمرار السلوك المضطرب.
اختيار الظروف التي يمكن تعديلها أو تغييرها.
إعداد جدول التغيير أو التعديل أو الضبط.
تنفيذ خطة التعديل أو التغيير.
ويذكر ميلتنبرجر (Miltenberger, 2015: 5) بعض من خصائص تعديل السلوك وهي:
يركز على السلوك

فإجراءات تعديل السلوك مصممة لتعديل السلوك، وليس خاصية أو سمة شخصية، ولذلك فإن تعديل السوك يقلل من الأهمية النسبية للمسمى. فعلى سبيل المثال، ان تعديل السلوك لا يستخدم لتغيير التوحد (كمسمى)؛ وبدلاً من ذلك فإن تعديل السلوك يستخدم لتغيير السلوكيات المشكلة التي يظهرها الطفل ذوي التوحد.

كما أن أوجه العجز السلوكية هي الأهداف التي تسعى إجراءات تعديل السلوك لتغييرها، وفي تعديل السلوك، فإن السلوك الذي نسعى لتعديله يطلق عليه السلوك المستهدف.

بينما التجاوز السلوكي هو ذلك السلوك غير المرغوب من الشخص للحد من تكراره، وتحجيم مدته، أو شدته. فالتدريب والدراسة هي من الأمثلة الواضحة على العجز السلوكي.

الإجراءات مبنية على المبادئ السلوكية

فتعديل السلوك هو تطبيق للمبادئ الأساسية المستمدة في الأساس من البحوث التجريبية على حيوانات المختبر. ويطلق على الدراسة العلمية للسلوك التحليل التجريبي للسلوك، أو تحليل السلوك.

كما أن الدراسة العلمية للسلوك البشري لمساعدة الناس على تغيير السلوك في اتجاهات بناءة يطلق عليها تحليل السلوك التطبيقي. وتستند إجراءات تعديل السلوك على تلك الأبحاث في تحليل السلوك التطبيقي التي أجريت لأكثر من (٥٠) عام.

التركيز على الأحداث البيئية الحالية

يشمل تعديل السلوك قياس وتعديل تلك الأحداث البيئية الحالية التي ترتبط بشكل وظيفي بالسلوك ويتم التحكم في السلوك البشري من خلال تلك الأحداث في البيئة الفورية، والهدف من تعديل السلوك هو تحديد تلك الأحداث وبمجرد أن يتم تحديد هذه المتغيرات الضابطة يتم تغييرها لتعديل السلوك، فإجراءات تعديل السلوك الناجحة تغير من العلاقات الوظيفية بين السلوك والمتغيرات الضابطة في البيئة لإنتاج تغير مرغوب في السلوك، ففي بعض الأحيان عن طريق الخطأ يتم تحديد المسميات على أنها هي أسباب السلوك. على سبيل المثال، ربما يقول شخص ما أن وجود طفل ذوي توحد منخرط في بعض المشكلات السلوكية (مثل الصراخ، ضرب نفسه، رفض الانصياع للتعليمات) بسبب أن هذا الطفل توحدي.

بمعنى أخر فإن هذا الشخص يشير إلى التوحد على أنه سبب انخراط الطفل في السلوك. على أي حال فإن التوحد ببساطة هو مسمى يصف نمط من السلوكيات ينخرط الطفل فيها، وأن هذا المسمى لا يمكن أن يكون السبب في حدوث السلوك بسبب أن التسمية ليست موجودة ككيان أو حدث مادي، وأن أسباب السلوك يجب أن تكون موجودة في البيئة (ربما يشمل ذلك بيولوجية الطفل).

وصف دقيق لإجراءات تعديل السلوك

تشتمل إجراءات تعديل السلوك على تغييرات محددة في تلك الأحداث البيئية المرتبطة بشكل وظيفي بالسلوك، ومن أجل أن تكون الإجراءات فعالة في كل مرة تستخدم فيها، وأن التغييرات المحددة في الأحداث البيئية يجب أن تحدث في كل مرة.

وعن طريق وصف الإجراءات بشكل دقيق، يستطيع الباحثون والمحترفون –على الأرجح– استخدام تلك الإجراءات بشكل صحيح في كل مرة.

يقوم الناس بالعلاج في كل يوم

إجراءات تعديل السلوك هي تلك التي وضعها المحترفون والمتدربون في مجال تعديل السلوك، وإجراءات تعديل السلوك غالباً ما يقوم بها أناس مثل المعلمون، والآباء، ومشرفو العمل، أو آخرين لمساعدة الناس في تغيير سلوكهم، وأولئك الناس الذين يقومون بتنفيذ إجراءات تعديل السلوك يجب عليهم

فقط أن يفعلوا ذلك بعد الحصول على تدريب كافي، كما إن إعطاء الوصف الدقيق للإجراءات والإشراف من قبل المحترفين؛ سيجعل من الآباء والمعلمين وآخرين أن يقوموا –على الأرجح– بتنفيذ الإجراءات بشكل صحيح.

قياس تغير السلوك

تعتبر واحدة من السمات المميزة لتعديل السلوك هو تأكيده على قياس السلوك قبل وبعد التدخل لتوثيق تغير السلوك الناتج عن إجراءات تعديل السلوك.

بالإضافة إلى أنه يتم إجراء تقييم مستمر لمرحلة ما بعد التدخل لتحديد ما إذا كان قد تم الحفاظ على تغير السلوك على المدى الطويل، فإذا ما كان هناك مشرف يقوم باستخدام إجراءات تعديل السلوك لزيادة إنتاجية العمل (لزيادة عدد الوحدات المجمعة في كل يوم)، سيقوم بتسجيل سلوكيات العمال لفترة ما قبل تنفيذ الإجراءات.

بعد ذلك سيقوم المشرف بتنفيذ إجراءات تعديل السلوك ثم متابعة تسجيل السلوكيات. ومن شأن هذا التسجيل أن يثبت ما إذا كان عدد الوحدات المجمعة قد زاد، وإذا ما تغير سلوك العمال بعد تدخل المشرف، سوف يواصل تسجيل السلوك لفترة أخرى. إن مثل هذه الملاحظة طويلة الأمد سوف تظهر إذا ما كان العمال يواصلون تجميع الوحدات بمعدل زائد أو إذا ما كان هناك حاجة لتدخل إضافي.

التقليل من الأهمية النسبية للأحداث الماضية كمسببات للسلوك

إن تعديل السلوك يضع التركيز على الأحداث البيئية الحالية كمسببات للسلوك، على أي حال، فإن المعرفة بالماضي أيضاً تقدم معلومات مفيدة بخصوص الأحداث البيئية المرتبطة بالسلوك الحالي. على سبيل المثال فإن الخبرات التعليمية السابقة قد أظهرت تأثير على السلوك الحالي لذلك فإن فهم هذه الخبرات التعليمية يمكن أن يكون ذا قيمة في تحليل السلوك الحالي واختيار إجراءات تعديل السلوك.

وعلى الرغم من فائدة المعلومات عن الأحداث الماضية، فإن معرفة المتغيرات الضابطة الحالية أكثر ارتباطاً لوضع تدخلات تعديل سلوك فعالة بسبب أن هذه المتغيرات على عكس الأحداث الماضية، لايزال من الممكن تغييرها.

رفض الأسباب الافتراضية للسلوك

على الرغم من أن بعض مجالات علم النفس، مثل أساليب التحليل النفسي الفرويدي، قد تهتم بأسباب السلوك الكامنة في الفرضيات، مثل عقدة أوديب التي لم تحل، ويرفض تعديل السلوك مثل هذه التفسيرات الافتراضية للسلوك.

وقد أطلق سكنر Skinner (١٩٧٤) على مثل هذه التفسيرات "القصص التفسيرية" لأنها لا يمكن أن تكون أبداً مثبتة أو مدحضة، وبالتالي فهي غير علمية. وهذه الأسباب الكامنة المفترضة لا يمكن قياسها أو معالجتها لإثبات العلاقة الوظيفية للسلوك الذين يهدفون لتفسيره.

المحور الثاني: الأطفال ذوي متلازمة توريت

Children with Tourette Syndrome

تعتبر متلازمة توريت من أحد الاضطرابات النمائية التي تظهر في مرحلة الطفولة، وقد ظل يعتقد إلى زمن قريب أن معدل انتشارها نادر، ولكن مع زيادة البحوث والدراسات التي تناولت ذوي متلازمة توريت، وزيادة الوعي بأعراض المتلازمة، وظهور العديد من الدراسات التي تناولت نسب انتشار متلازمة توريت حتى وصلت نسبة الانتشار في أحدها إلى ١% (Robertson, 2008).

وقد عرف الباحث الأطفال ذوي متلازمة توريت بأنهم: أولئك الأطفال الذين تظهر عليهم أعراض لواحدة أو أكثر من اللازمات الحركية مصاحبة بظهور واحدة أو أكثر من اللازمات الصوتية سواء في نفس الوقت أو في وقت ماضي، وأن يكون قد مر على بدء ظهور أول لازمة ١٢ شهر على الأقل.

ونستعرض فيما يلي بالشرح والتفصيل ماهية:

أ. الأطفال في مرحلة الطفولة المتوسطة.

ب. متلازمة توريت.

- **الأطفال في مرحلة الطفولة المتوسطة.**

تعتبر مرحلة الطفولة المتوسطة من المراحل الهامة في حياة الإنسان، ففيها تحدث الكثير من التغيرات الفسيولوجية والنفسية، وتتكون لديهم العديد من المهارات التي تساعدهم على التأقلم مع واقعهم الحالي والمستقبلي، ولأهمية هذه المرحلة فقد خصص العديد من العلماء كثيراً من أعمالهم وأبحاثهم من أمثال فرويد واريكسون وسكنر وأدلر وبياجيه وجيزيل وغيرهم.

أولاً: مفهوم الطفولة المتوسطة

يعرفها ناجليري و جولدشتين (Naglieri& Goldstein, 2011: 350) أن مرحلة الطفولة المتوسطة هي تلك المرحلة العمرية التي تشمل الأطفال بدء من عمر ٦ سنوات، وترتبط عادة مرحلة الطفولة المتوسطة بالذهاب إلى المدرسة.

ثانياً: نظريات النمو في الطفولة

وتشير (كريمان بدير، ٢٠٠٨: ١٠٤) إلى أهم نظريات نمو الطفل حيث ترى أن النظرية تعتبر صياغة توضح الرابطة بين الفروض المختلفة والتي أثبت العلم صحتها، وأضيف إليها من الخبرات والتصورات التي عايشها صاحب النظرية ومن خلال تجاربه وملاحظاته، لذلك فجزء منها على الأقل يوحي بالتجريب والملاحظة وفروض النظرية يجب أن تكون على قدر من التنبؤ.

وتعتبر النظريات التالية أهم النظريات النمائية:

١. النظرية النمائية المعرفية لبياجيه Piaget

اكتسبت النظرية المعرفية شهرة واسعة بين علماء النفس والتربية والاجتماع وهي مازالت تسود الفكر التربوي المعاصر. وبالرغم من اهتمام هذه النظرية بالقدرات العقلية للطفل أكثر من اهتمامها بالسلوك ذاته فهي تؤكد أن التغيرات التي تطرأ على نمو تفكير الطفل تحدد الطرائق التي يعمل ويتصرف بها. ولقد اهتمت الدراسات القائمة على هذه النظرية بالطرق التي يترجم بها الأطفال ملاحظاتهم وخبراتهم، كما اهتمت بدراسة الكيفية التي يتعلمون بها مفهوماً أو قاعدة أو حكم، وقد كشفت هذه النظرية عن أن أخطاء منطق الصغار محاولاتهم المبهجة في قلب الحقائق إنما تتصل اتصالاً وثيقاً بمراحل متميزة من نموهم العقلي.

يذكر (سامي ملحم، ٢٠٠٧: ٩٨) أن بياجيه قسم مراحل النمو العقلي للفرد إلى أربع مراحل متمايزة في ضوء فترات ومراحل هي:

- المرحلة الحس حركية Sensory motor stage (من الميلاد وحتى نهاية سنتين).
- مرحلة ماقبل العمليات Pre-operational stage (من ٢ : ٧ سنوات)
- مرحلة العمليات الحسية Concrete operational stage (من ٧ : ١٢ سنة).
- مرحلة العمليات العقلية المجردة Formal operational stage (من ١٢ سنة : نهاية العمر).

ويتضح من التقسيم السابق ذكره أن مرحلة الطفولة المتوسطة تقابل مرحلة العمليات الحسية عند بياجيه، وفي هذه المرحلة تتطور المفاهيم التقليدية للزمن والعلية والعدد والعلاقات المكانية لتصبح أكثر تحديداً من المرحلة السابقة. ويستخدم اللغة بأسلوب موثوق به رغم استناده إلى المحسوسات. ويبدأ بالتعامل مع المسائل بصورة نظامية. ويكتسب مهارات حفظ الأشياء أو بقائها. بالاضافة إلى قدرة الطفل

على تطبيق قواعد التفكير المنطقي على الأحداث الواقعية وزيادة الحساسية لوجهة نظر الشخص الآخر.
كما تتسم هذه المرحلة ب:

- ثبات الكتلة، والطول، والوزن والحجم.
- الانعكاسية، اللامركزية.
- القدرة على القيام بدور الآخرين.
- التفكير المنطقي الذي يتضمن عمليات أساسية عن العالم المباشر.
- التصنيف (تنظيم الأشياء إلى مراتب هرمية).
- التسلسل (تنظيم الأشياء إلى مجموعات مرتبة).

ويشير (سامي ملحم، ٢٠٠٧: ١٩٣) أن بياجيه أورد أن هناك أربعة عوامل رئيسية تفسر النمو المعرفي عند الفرد تتمثل في الاتي:

أولاً: النضج البيولوجي Maturation

استخدم بياجيه النضج ليشير إلى الآثار الوراثية على النمو. التي لا يمكن أن تكون معزولة عن مجريات الأحداث التي تحيط بالفرد. ويعتبر النضج من العوامل التي تلعب دوراً هاماً في عملية النمو، وربط بياجيه بين عمليتي النضج الجسمي الذي ترافقه تغيرات تشريحية ووظيفية في جميع أعضاء الجسم. ومنها النضج العصبي المسئول عن التفكير وما يصاحبه من إجراءات. وهو أحد العوامل الرئيسية في تحقيق النمو العقلي، والنضج العقلي.

ثانياً: الخبرة (البيئة) Experience:

يكتسب الطفل المعرفة عن طريق العديد من الخبرات

- ففي الخبرة المادية / الفيزيائية Physical experience: نجد أن المعرفة التي يكتسبها الطفل تنفصل عن الأشياء المادية. فالخبرة المادية عبارة عن تفاعل الفرد مع الأشياء الموجودة في بيئته. وأخذ بعض المعلومات عنها عن طريق رسم صورة ذهنية مجردة لهذه الموجودات المادية في ذهنه.
- أما الخبرة المنطقية الرياضية Logic-Mathematical experience:

فتأتي بعد تكوين الخبرة المادية الفيزيائية. بحيث يتمكن الطفل من خلالها القيام ببعض التعليمات على مجموعة من الأشياء ذات الصفات المشتركة. أو إيجاد علاقات بينها مما يساعد الطفل في تكوين بنية عقلية يستطيع أن يستفيد بها في حالات أخرى. ومواقف جديدة مشابهة للمواقف التي مرت في خبرته من قبل. وهذه البنية التي تكونت هي نتيجة للخبرة الرياضية

المنطقية. والمعرفة في هذه الحالة تأتي من أنماط السلوك التي يمارسها الطفل على الأشياء المادية.

ثالثاً: التفاعل الاجتماعي Social interaction /Social transmission:

يشير بياجيه إلى أن التفاعل أو النقل الاجتماعي على انه تفاعل الفرد مع الآخرين ممن يحيطون به من أفراد المجتمع بحيث يؤدي هذا التفاعل إلى اكتساب الخبرة الاجتماعية. ويرى بياجيه أن النقل الاجتماعي شرط أساسي لبناء الأبنية العقلية. فالطفل في سنوات عمره الأولى يكون شديد الذاتية والعمليات التي يقوم بها تكون ذات دلالة فردية وأنانية للغاية. لذلك، فانه لا يستطيع أن يرى الأشياء بموضوعية. ولكنه يراها بمنظاره الخاص فقط. إلا ان ذاتية الطفل تلك تبدأ بالزوال التدريجي اذا ما اتيحت له فرص التفاعل مع الآخرين والاستماع إلى أرائهم. ومع ذلك فقد يؤدي التفاعل الاجتماعي إلى تضارب أو تعارض فيحاول الطفل تعديل أبنيته العقلية ليتكيف ويتوافق مع الآخرين. حيث تنتقل المعرفة إلى الطفل عن طريق الأخرين في المجتمع.

رابعاً: التوازن (الاتزان) Equilibration:

يعتقد بياجيه أن الذكاء يمثل صورة من صور الاتزان الذي تميل نحوه كل الأبنية العقلية. وأن الاتزان بالإضافة إلى كونه أحد العوامل المؤثرة في النمو المعرفي. إلا انه أيضاً يعمل كمنسق لهم جميعاً. فيحدد كم يلزم من النضج البيولوجي. وكم يلزم من التفاعل الاجتماعي. وما إلى ذلك.

ان الطفل حديث الولادة يتفاعل مع البيئة المحيطة به عن طريق الأبنية الأساسية التي تعرف بالصور أو المخططات العقلية. وتستمر هذه الأبنية الأساسية في توجيه سلوك الطفل طالما كان التفاعل ناجحاً.

٢. نظرية أريكسون

يطلق على نظرية إريك إريكسون Erikson أحياناً، النظرية النفسية الاجتماعية في النمو. وهي تعتبر من النظريات النفسية الدينامية، فهي تتناول الدوافع الحيوية والانفعالية وطرق التوفيق بينها وبين متطلبات البيئة الاجتماعية.

وتعتبر نظريته نظرية شاملة فهي النظرية الوحيدة التي درست النمو من الميلاد حتى اخر العمر ويعتبر السلوك ناجماً عن ثلاثة عوامل هي:

أ- عوامل بيولوجية

ب- عوامل اجتماعية بيئية

ت- عوامل فردية

٣. نظرية أدلر Adler

من النظريات النفسية الاجتماعية، وأدلر هو أحد المؤسسين لعلم النفس الفردي كما كان أحد المؤسسين لجمعية التحليل النفسي ثم أصبح رئيساً لها وأصبحت أفكاره مخالفة لفرويد فأنشق عليه وأنهى صلته بالتحليل النفسي. واهتم بإرشاد الأطفال وأنشأ مدرسة تجريبية في فيينا ونشر العديد من الكتب أهمها "ممارسة ونظريات علم النفس الفردي".

وتعتبر مبادئ نظرية أدلر هي:

أ- الاهتمام الاجتماعي Social Attention

ب- الذات الخلاقة Creative Self

ت- تفرد الشخصية Personality of Individual

ث- الشعور مركز الشخصية Center Personality of Consciousness

٤. نظرية النضج والنمو الطبيعي

يؤكد أرنولد جيزيل A. Gesel على مفهوم النضج. حيث يرى أن النمو يحدث بطريقة ثابتة ومنظمة داخلية ومتدرجة . والنمو المقصود يشتمل على نمو الأنسجة والأعضاء والوظائف والسلوك والثقافة والبيئة التي تعتبر مؤثرات ثانوية. ويؤكد جيزيل دور العوامل البيئية التي تكيف النمو ولكنها لا تولده ولا تحدث تقدماً فيه. والنضج يتم خلال الميكانيزمات المنتظمة المسئولة عن تحديد اتجاه كل نمو. وهو المسئول عن النمو الطبيعي والذي يظهر أنه يتم بطريقة منظمة لا تعتمد على التدريب.

٥. نظرية فرويد

هذه النظرية تفسر الشكل النهائي المميز للفرد بأنه نتاج للتفاعل أو التعارض بين قوى غريزية وعوامل اجتماعية وبيئية.

ويفترض فرويد وجود طاقة غريزية موروثة تتطور في اتجاه تحقيق إشباع الغريزة ، والغريزة تتمثل في استعداد نفسي جسمي يدفع صاحبه إلى التنبه إلى موضوع معين.

وقد وصف فرويد المراحل النمائية التي تتطور فيها الطاقة الغريزية إلى:

أ- المرحلة الفمية Oral Stage : من الميلاد حتى عامين

ب- المرحلة الشرجية Anal Stage : من ٢ : ٣ سنوات

ت- المرحلة الأوديبية Oedipal Stage : من ٣ : ٥ سنوات

ث- مرحلة الكمون Latency Stage : من ٦ : ٩ سنوات

ج- مرحلة التكامل الجنسي Genital Stage: تقابل مرحلة بداية البلوغ

ثالثاً: مطالب النمو في الطفولة

يذكر (سيد صبحي، ٢٠٠٦: ٤٥) أن المناخ الأسري يلعب دوراً هاماً في تنمية قدرات الطفل حيث يحقق هذا المناخ إذا كان ملائماً أهم مطالب النمو النفسي والاجتماعي للطفل لأن الطفل في ظل هذا المناخ يتعلم التفاعل الاجتماعي مع رفاق السن وتكوين الصداقات والاتصال بالآخرين، والتوافق الاجتماعي، وتكوين الضمير، وذلك بالتمييز بين الصواب والخطأ، والخير والشر، ومعايير الأخلاق والقيم والاندماج مع أفراد نفس الجنس، وكيفية تعلم الدور الجنسي في الحياة، ثم تكوين اتجاهات سليمة نحو الجماعات والمؤسسات والمنظمات الاجتماعية وتكوين المفاهيم والمدركات الخاصة بالحياة اليومية، وتعلم المشاركة في الحياة اليومية، وكذلك تعلم وممارسة الاستقلال الشخصي، ونمو مفهوم الذات واكتساب اتجاه سليم نحو الذات.

كما يشير(سامي ملحم، ٢٠٠٧: ٤٧) إلى أن هافجهيرست وضع نموذجاً خاصاً بمطالب النمو الانساني معتمداً على مجموعة معينة من المطالب أو المهام التي يواجهها الفرد في مراحل مختلفة من حياته وعلى الفرد تطوير القدرة على إنجازها ليضمن نموا سليماً، ولذلك فقد أطلق عدد من الباحثين على هذه المطالب بالمهام النمائية . بسبب تأثر هذه المطالب بمظاهر النمو العضوي للفرد وبآثار الثقافة السائدة في المجتمع، وبمستوى طموح الفرد.

مطالب النمو في مرحلة الطفولة المتوسطة (من سن ٦: ١٢ سنة):

- أن يتعلم المهارات الحركية الضرورية لمزاولة المهارات المختلفة.
- أن يتعلم إلباس نفسه وأن يحفظ جسده نظيفاً بقدر كاف.
- أن يتعلم كيفية تكوين المفاهيم والمدركات الخاصة بالحياة اليومية.
- أن يتعلم بعض المهارات العقلية الأساسية من مثل القراءة والكتابة الحساب.
- أن يبدأ بتعلم كيفية التصرف بالمال تصرفاً مناسباً.
- أن يتعلم كيفية تكوين اتجاه عام حول نفسه ككائن حي نام.
- أن يتعلم التفاهم مع الآخرين ممن هم في عمره ومن هم أكبر أو أصغر من عمره.
- أن يتعلم تكوين الاتجاهات النفسية المتصلة بالمجتمعات البشرية المختلفة والمنظمات الاجتماعية.
- أن يتعلم تنمية الضمير والقيم الخلقية والسلوكية.
- أن يحسن إحساسه بالخطأ والصواب وأن يضبط سلوكه وفقاً لهذا الإحساس.
- أن يتعلم مختلف الألعاب والمهارات اللعبية.
- أن يتعلم دوره الجنسي في الحياة.

رابعاً: المشكلات السلوكية الشائعة في مرحلة الطفولة

يشير (عماد مخيمر وهبة علي، ٢٠٠٦: ١٠٩) إلى أن أهم المشكلات النفسية الشائعة في مرحلة الطفولة هي:

١- الاضطرابات المزاجية Mood Disorders
٢- اضطرابات الإخراج Elimination Disorders
٣- القلق Anxiety
٤- قلق الانفصال Separation Anxiety
٥- الخوف المرضي Phobias
٦- الخوف المرضي من المدرسة School Phobia
٧- الغيرة Jealousy
٨- السرقة Stealing
٩- الكذب Lying
١٠- العدوان Aggression
١١- اضطرابات النوم Sleep Disorders
١٢- اضطرابات النطق والكلام Speech Disorders
١٣- اضطرابات الأكل Eating Disorders
١٤- اضطرابات التعلم Learning Disorders
١٥- اضطراب نقض الانتباه المصحوب بفرط الحركة ADHD

ب. متلازمة توريت Tourette Syndrome

متلازمة توريت Tourette Syndrome ويرمز لها اختصاراً TS، متلازمة جيليس دي لا توريت، أو اضطراب توريت هي حالة عصبية بسبب خلل في الدماغ، وتشير معظم الأدلة العلمية إلى أن هذا الاضطراب له منشأ وراثي، وسمي بهذا الاسم نسبة إلى الدكتور جورج دو لا توريت Georges Gilles de la Tourette (١٨٥٧م – ١٩٠٤م) وهو طبيب أمراض عصبية كان يعيش في فرنسا.

أولاً: تعريف متلازمة توريت

يعرفها التصنيف الدولي للأمراض النسخة العاشرة (ICD-10,2008:372) الصادر عن منظمة الصحة العالمية WHO التابعة للأمم المتحدة: أن اضطراب اللازمة المركبة الصوتية والحركية المركبة

"دي لا توريت" : يعد شكل من أشكال اضطراب اللازمة التي توجد فيها، أو كانت لازمات حركية متعددة و واحد أو أكثر من اللازمات الصوتية، على الرغم من هذا ليس بحاجة للحدوث في وقت واحد. هذا الاضطراب عادة ما يزداد سوءا في مرحلة المراهقة ويميل إلى الاستمرار في حياة الكبار. واللازمات الصوتية غالبا ما تكون متعددة مع الأصوات المتكررة الانفجارية، تسليك الحلق(النحنحة)، النخر، وأنه قد يكون هناك استخدام ألفاظ أو عبارات بذيئة، في بعض الأحيان قد يكون هناك مصاداه إيمائية وحركية والتي قد تكون ذات طابع بذيء.

و يشير الدليل التشخيصي والإحصائي لتصنيف الاضطرابات النفسية (DSM 5, 2013: 81) إلى أربعة محكات أساسية يجب أن تتواجد في الأشخاص ذوي اضطراب توريت: (المحك أ) وجود عدة لازمات حركية مع واحدة أو أكثر من اللازمات الصوتية خلال فترة المرض وإن لم يكن بالضرورة في نفس الوقت. (المحك ب) معدل تكرار اللازمات يتعاظم ويقل ولكن يجب أن تستمر لمدة أكثر من عام منذ بدء ظهور أول لازمة. (المحك ج) ظهور الاضطراب قبل سن ١٨ عام. (المحك د) اللازمات ليست بسبب تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة ما على سبيل المثال (الكوكايين) أو حالة طبية عامة (مثل مرض هنتنجتون Huntington's disease أو بعد التهاب الدماغ الفيروسي).

يعرفها جابر عبدالحميد وعلاء الدين كفافي (١٩٩٦: ٣٩٨٥ – ٣٩٨٦) اضطراب توريت هو اضطراب حركة منمطة يتميز بحركات سريعة لاإرادية متكررة لمختلف مجموعات العضلات وتتضمن التشنجات الصوتية مثل الشخير grunts والأصوات التي تشبه العواء yelps والنباح barks والشن sniffs. ومعظم الحالات يكون عند المريض دافع لا يقاوم للتفوه بالبذاءات، وهو اضطراب يستمر طوال الحياة وليس له أصل معروف، ولكنه يبدأ عادة بتشنجات في العين قبل سن الثالثة عشر، وأول من وصف الاضطراب هو الطبيب الفرنسي جورج جيل ديلاتورتي في عام (١٨٨٥) واعتبر من قبل العديد كحالة فصامية. ويسمى أيضاً زملة جيل ديلاتورتي Gilles de la Tourette's Syndrome ومرض جينو Disesase Guinon's ونفضة جينو Tic de Guinon's والتشنج المتعدد مع البذاءة Multiple Tics with Coprolalia.

وتعرف هانسن (Hansen, 2007: 2) متلازمة توريت بأنها "اضطراب بيولوجي عصبي (المخ) والذي يسبب حركات لاإرادية (لازمات حركية)، وألفاظ لاإرادية (لازمات صوتية) والتي تحدث للحظات أو في أوقات قليلة خلال اليوم وفي بعض الأحيان تختفي تماماً".

يعرفها أوم (Ohm, 2006: 223) بأنها اضطراب حركي سلوكي عصبي ذو شق وراثي يتسم بوجود نوبات لا إرادية من اللازمات الحركية والصوتية والتي تظهر في أوقات متعددة خلال اليوم (كل يوم تقريباً أو بصورة متقطعة على مدى فترة تزيد عن عام واحد)، وعلى الرغم من أن ذكاء الأطفال ذوي متلازمة توريت عادي إلا أن هناك عدداً من الاضطرابات المصاحبة مثل اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، اضطراب الوسواس القهري، الاندفاعية، العنف، سلوك إيذاء الذات، صعوبات التعلم.

ثانياً: تشخيص متلازمة توريت

تندرج متلازمة توريت تحت تصنيف الاضطرابات النمائية العصبية في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية – الإصدار الخامس (DSM-5, 2013: 81)، وتعتبر أحد أنواع اضطرابات اللازمة، ونعرض فيما يلي توضيح لاضطرابات اللازمة والتشخيص الفارق بينهم.

محكات تشخيص متلازمة توريت

أ. وجود عدة لازمات حركية مع واحدة أو أكثر من اللازمات الصوتية خلال فترة المرض وإن لم يكن بالضرورة في نفس الوقت.

ب. معدل تكرار اللازمات يتعاظم ويقل ولكن يجب أن تستمر لمدة أكثر من عام منذ بدء ظهور أول لازمة.

ت. ظهور الاضطراب قبل سن ١٨ عام.

ث. اللازمات ليست بسبب تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة ما على سبيل المثال (الكوكايين) أو حالة طبية عامة (مثل مرض هنتنجتون Huntington's disease أو بعد التهاب الدماغ الفيروسي).

محكات تشخيص اضطراب اللازمة الحركية أو الصوتية المستمر (المزمن)

أ. تظهر واحدة أو أكثر من اللازمة الحركية أو الصوتية خلال فترة المرض، ولكن ليس كلاهما معاً.

ب. معدل تكرار اللازمات يتعاظم ويقل ولكن يجب أن تستمر لمدة أكثر من عام منذ بدء ظهور أول لازمة.

ت. ظهور الاضطراب قبل سن ١٨ عام.

ث. اللازمات ليست بسبب تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة ما على سبيل المثال (الكوكايين) أو حالة طبية عامة (مثل مرض هنتنجتون Huntington's disease أو بعد التهاب الدماغ الفيروسي).

ج. لم تستوفي محكات متلازمة توريت قط.

محكات تشخيص اضطراب اللازمة العارض

أ. واحدة أو أكثر من اللازمات الصوتية أو الحركية.

ب. يجب أن تستمر لمدة أقل من عام منذ بدء ظهور أول لازمة.

ت. ظهور الاضطراب قبل سن ١٨ عام.

ث. اللازمات ليست بسبب تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة ما على سبيل المثال (الكوكايين) أو حالة طبية عامة (مثل مرض هنتنجتون Huntington's disease أو بعد التهاب الدماغ الفيروسي).

ج. لم تستوفي قط محكات متلازمة توريت أو اضطراب اللازمة الحركية أو الصوتية المستمر (المزمن).

ونورد جدول توضيحي لأوجه الاختلاف والتشابه بين اضطرابات اللازمة المختلفة

جدول رقم (١)

أوجه التشابه والاختلاف بين اضطرابات اللازمة

نوع اللازمة وجه المقارنة	متلازمة توريت	اضطراب اللازمة المستمر	اضطراب اللازمة العارض
عمر ظهور الأعراض	قبل ١٨ عام	قبل ١٨ عام	قبل ١٨ عام
المدة الزمنية للتشخيص	مدة تزيد عن عام	مدة تزيد عن عام	مدة تقل عن عام
عدد اللازمات	عدة لازمات حركية، لازمة صوتية أو أكثر	واحدة أو أكثر	واحدة أو أكثر
نوع اللازمات	لازمات حركية مع صوتية	لازمات حركية أو صوتية	لازمات حركية أو صوتية

ويرى باركر وباركر (Parker and Parker, 2002:13) " أنه بشكل عام، فإنه يتم تشخيص متلازمة توريت بالحصول على وصف للازمات وتقييم للتاريخ العائلي. ولكي يتم تشخيص متلازمة توريت، فإنه يجب ظهور كل من اللازمات الصوتية والحركية لمدة عام.

كما يمكن استخدام دراسات التصوير العصبي، مثل التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI)، التصوير المقطعي المحوسب (CT)، والرسم الكهربائي للدماغ (EEG)، أو بعض اختبارات الدم لاستبعاد الحالات الأخرى التي يمكن الخلط بينها وبين متلازمة توريت.

على أي حال، فإنه يتم تشخيص متلازمة توريت إكلينيكياً، ولايوجد أي تحاليل خاصة بالدم أو التحاليل المخبرية الأخرى التي تستطيع تشخيص الاضطراب بشكل قاطع.

ويوضح كاث وآخرون (Cath et al ;2011: 160) معايير التشخيص الفارق لاضطراب اللازمة من خلال الشكل التوضيحي التالي



شكل رقم (٣)

شجرة التشخيص الفارق لاضطراب اللازمة

ثالثاً: أنواع اللازمات في متلازمة توريت

تتمثل أعراض متلازمة توريت في نوعين من اللازمات: (Chowdhury: 2004, 20)

١- اللازمات الحركية Motor Tics
٢- اللازمات الصوتية Vocal Tics

١. اللازمات الحركية Motor Tics

يذكر شودري أن اللازمات الحركية تتمثل في نوعين هما:(Chowdhury: 2004, 20)

لازمات حركية بسيطة Simple Motor Tics
لازمات حركية مركبة Complex Motor Tics

جدول رقم (٢)

يوضح أمثلة اللازمات الحركية

لازمات حركية بسيطة	لازمات حركية مركبة
- ومض العينين (البربشة) Eye blinking - تحريك العين Eye rolling - التجهم بالوجه Facial grimacing - ارتعاش الأنف Nose twitching - عبوس الشفاه Lip pouting - هز الأكتاف Shoulder shrugging - هز الذراعين Arm jerking - تحريك الرأس Head jerking - إيماءة الرأس "تحريكها للأمام والخلف" Head nodding - شد عضلات البطن Abdominal tensing - الركل Kicking - تحريك الأصابع Finger movements - فتح الفم Mouth opening - بروز اللسان Tongue protrusion - إطباق الفك Jaw snapping	- الحجل Hopping - القفز Jumping - لمس الأشياء Touching objects - الدوران Twirling - الدوران حول محور ثابت Gyrating - عض الشفاه Biting lip - التقبيل Kissing - اللعق Licking - القرص Pinching - الإيماءات الوجهية Facial gestures - الإيماءات اللاإرادية غير المقبولة Copropraxia - تقليد حركات الأخرين Echopraxia

٢. اللازمات الصوتية Vocal Tics

يذكر شودري أن اللازمات الصوتية تتمثل في نوعين (Chowdhury: 2004, 21):

- لازمات صوتية بسيطة Simple Vocal Tics
- لازمات صوتية مركبة Complex Vocal Tics

جدول رقم (٣)

يوضح أمثلة اللازمات الصوتية

لازمات صوتية بسيطة	لازمات صوتية معقدة
تسليك الحلق(النحنحة) Throat clearing السعال Coughing البصق Spitting الشم "التنشق" Sniffing الشخير Snorting الصرير Screeching النباح Barking النخر مثل الخنازير Grunting الصفير Whistling أصوات الشفط Sucking sounds مقطع أصوات مثل "أه – أي – بو" Syllable sounds	العبارات: يا صبي 'Oh boy' اخرس 'Shut up' أنت تعرف 'You know' حسنا 'All right' أصوات الحيوانات Animal noises التمتمة بصوت منخفض Muttering under one's breath نماذج التنفس المعقدة Complex breathing patterns التلعثم Stuttering الكلام غير العادي بما في ذلك الاختلاف في: اللكنات Accents الصخب Loudness السرعة Rapidity النغمات Tones الإيقاع Rhythms بذاءة الكلام Coprolalia تكرار المريض لكلمة أو عبارة صدرت منه Palilalia المصاداه Echolalia

رابعاً: نسب انتشار متلازمة توريت

يشير الدليل التشخيصي والإحصائي لتصنيف الاضطرابات النفسية (DSM 5, 2013: 83) إلى أن اضطراب توريت ينتشر في الذكور بشكل أكبر مقارنة بالإناث وأن معدل انتشاره في الذكور إلى الإناث هو ٢:١ إلى ٤:١، كما يشير إلى أن نسبة حدوثه لدى الأطفال في سن المدرسة تتراوح من ٣ : ٨ في الألف.

ويذكر كورلان (Kurlan,2005:89) أن متلازمة توريت تحدث بنسبة ١ – ٣ % لدى الأطفال في سن المدرسة.

وتذكر روبرتس وآخرون (Robertson et al, 2009) معدل انتشار الدولية الشاملة لمتلازمة توريت (TS) هو ١٪ في معظم ثقافات العالم.

ويشير جين وآخرون (Jin et al, 2005) إلى أن معدل انتشار متلازمة توريت لدى الأطفال في سن المدرسة ٤٣. %، وكانت النسبة في الذكور إلى الإناث هي ١٠.٦ :١ (٧٤.% للذكور، ٠٧.% للإناث).

ويذكر خليفة وكنورينج (Khalifa and Knorring, 2003) أن معدل انتشار متلازمة توريت خلال الأطفال ٦٠. ٠ %.

كما يؤكد ليدوكس (LeDoux, 2005:432) على أن متلازمة توريت تحدث في جميع أنحاء العالم مع السمات الشائعة بها في جميع الثقافات والأعراق. وأنه بعد ما كانت تعتبر اضطراب نادر، أن انتشاره المقدر الآن حوالي ١٪ : ٣٪ في طلاب المدارس العادية وبشكل أعلى في فصول التربية الخاصة.

خامساً: أسباب متلازمة توريت

لسنوات عديدة مضت كانت وجهة النظر في الأسباب المحتملة لحدوث متلازمة توريت أنها ناشئة عن مشكلات نفسية، وكان يعتقد أن وجود حالة من الغضب سيكون من أحد الأسباب الرئيسية في تطور حدوث اللازمة. وبشكل غير عادل بما يكفي، كان يتم في بعض الأحيان إلقاء اللوم على الوالدين على التسبب في حدوث تناقض نفسي مما أدى بدوره إلى مشكلات الغضب هذه.

و في يومنا هذا فأن الباحثين قد أثبتوا أن هذا الأمر ببساطة ليس صحيح. لا شيء مما فعلته كان سبباً في حدوث في حدوث اللازمات، سلوك الوسواس القهري أو أعراض أخرى، أو أن يعاني طفلك من مرض عقلي. وعلى الرغم من أن السبب الدقيق لحدوث متلازمة توريت لم يتحدد بعد، إلا أن بعض

الدراسات تشير إلى أنها مرتبطة باضطراب جسمي عصبي يرتبط بوجود مشكلات في فسيولوجيا وكيمياء المخ.

وتذكر مارش (Marsh, 2007: 18) أنه كان أول دليل على أن متلازمة توريت تحدث بسبب عوامل جسمية عصبية قد تم ذكره في أوائل الستينات من القرن الماضي. حيث وجد الباحثون أن اللازمات تقل أو تتوقف في بعض الأحيان عند استخدام دواء هالدول Haldol (الاسم العلمي: هالوبيريدول Haloperidol). حيث يقوم ذلك الدواء بالحفاظ على الدوبامين تلك المادة الكيميائية في المخ من الوصول إلى المستقبلات حيث يمكن توصيل رسالتها؛ وبالتالي فإن الأدوية مثل الهالدول يطلق عليها حواجز الدوبامين، وكما ذكر سابقاً، فإن الدوبامين Dopamine هي تلك المادة الكيميائية التي تعمل كناقل عصبي Neurotransmitter، أو كرسول بين خلايا المخ، كما أنه يسهم في التحكم في النشاط الحركي، كما يعتبر السيروتونين Serotonin، النورإبينفرين Norepinephrine، الأسيتيل كولين Acetylcholine من النواقل العصبية الأخرى التي تلعب دور في التحكم في الحركة، كما أن الأبحاث جارية الأن لاكتشاف الأدوار المحددة لتلك المواد والمواد الكيميائية الأخرى في المخ التي ربما تلعب دور في متلازمة توريت.

ويقوم الباحثون أيضاً بتقصي الأجزاء المحددة في المخ للفصل في الدور الذي تلعبه في متلازمة توريت، على أمل أن تحديد السبب سوف يقود للشفاء، وفي أواخر السبعينات من القرن الماضي، أكتشف الباحثين أن متلازمة توريت تنتشر في بعض العائلات أكثر من غيرها. بمعنى أخر، أن هناك تغير في البنية الوراثية الطبيعية ممكن أن يؤدي إلى نمو اللازمات.

وتعتبر الجينات هي الوحدات الأساسية للمادة الوراثية الموجودة في كل خلايا الجسم. كما تعد الجينات مصنوعة من سلاسل طويلة من الحمض النووي DNA، التي تلعب دور هام في كل سمات الفرد من لون الشعر والعين إلى حجم القدم والمواهب الخاصة. فقط بوجود أربع مواد كيميائية يطلق عليها النيوكليوتيدات، ويقوم الحمض النووي DNA بخلق اللبنات الأساسية للشفرة الوراثية التي تقود العمل في خلايانا. ومع وجود تغير واحد فقط في هذه النيوكليوتيدات في الجين تستطيع أن تحدث أثر عميق في كيفية عمل المخ. كما أن الجينات الخاصة بالطفل تقرر إذا ما كان سوف يكون طويل أم قصير، موهوب موسيقياً أم أصم للنغمات، كما أنها أيضاً تقرر إلى حد كبير إذا ما كان سيحدث له لازمات أو أعراض الوسواس القهري من عدمه.

كما هو الحال مع الاضطرابات الوراثية، فإن القابلية لحدوث متلازمة توريت في بعض الأحيان تنتقل داخل الأسر، من جيل إلى الذي يليه (يطلق علماء الوراثة على هذه القابلية "القابلية للتأثر"). ويعتبر الآباء والأمهات القابلين للتأثر لمتلازمة توريت أنهم ربما ينقلون القابلية إلى أبنائهم وبناتهم، كما يؤكد ذلك

ما ذكره كاث و آخرين (Cath et al., 2011: 156) عن أن الدراسات العائلية لمتلازمة توريت تظهر باستمرار زيادة بنسبة ١٠ إلى ١٠٠ ضعف في معدلات اللازمات ومتلازمة توريت في أقارب الدرجة الأولى لمرضى متلازمة توريت مقارنة بالعائلات الضابطة في الدراسات ، مما يشير إلى وجود مكون جيني قوي في المرض.

وترى مارش (Marsh, 2007: 19) أنه عندما يكون هناك والد واحد لديه جين متلازمة توريت، فإن هناك احتمال بنسبة ٥٠% لتوريث القابلية للتأثر لمتلازمة توريت، ليس كل الذين يرثون هذه الجينات في طريقهم لحدوث متلازمة توريت، ولأسباب غير مفهومة بالكلية، فإن نسبة ٣٠% من الإناث الذين يرثون القابلية للتأثر لا تظهر لديهم أعراض على الإطلاق، بينما الصورة لدى الذكور هي ١% فقط.

وعندما تكون جينات متلازمة توريت هي السبب في حدوث الأعراض، فإننا نجدها مختلفة بشكل كبير من شخص إلى شخص. على سبيل المثال، فإن بعض الأطفال يحدث لديهم كل من اضطراب الوسواس القهري واللازمات الصوتية والحركية المصاحبة لمتلازمة توريت، آخرون لديهم حالة واحدة فقط أو أخرى. وهذا بسبب أن الأبحاث الجينية تشير إلى أن نفس الجين المسبب للازمات في متلازمة توريت ربما يكون أيضاً مرتبط بسلوكيات قهرية أو وسواسية، وأيضاً بعض الأطفال ربما يكون لديهم أحد اضطرابات اللازمة الأخرى.

بشكل عام فإن الذكور هم الأكثر عرضة لحدوث لازمات لديهم، والإناث أكثر عرضة لحدوث أعراض الوسواس القهري، و أعراض متلازمة توريت ممكن حدوثها لدى الذكور أو الإناث، في أي مزيج، وفي أي درجة شدة.

ويشير ماثيوس وآخرين (Mathews et al., 2006: 1066) إلى وجود ارتباط قوي بين التدخين أثناء الحمل وزيادة حدة اللازمات بل وظهور اضطراب الوسواس القهري كاضطراب مصاحب لدى ذوي متلازمة توريت، وأشار أيضاً إلى وجود ارتباط واضح بين حدة اللازمات و متغيرات أخرى ولكن بشكل أقل قوة مثل عمر الوالدين و وزن الطفل عند الولادة.

وعلى الرغم من أن حدوث متلازمة توريت عادة ما ينسب إلى أسباب وراثية، فإنه في بعض الأحيان ربما قد تكون ناجمة عن عوامل أخرى. على سبيل المثال: (إصابة المخ الناتجة عن ردة فعل المناعة الذاتية، الفيروسات، نقص الأكسجين عند الولادة، أو ربما مشكلات قبل الولادة الأخرى تدخل كمسبب لحدوث متلازمة توريت).

سادساً: الاضطرابات المصاحبة لمتلازمة توريت

تشير العديد من الأبحاث والأدبيات التي نشرت عن متلازمة توريت إلى أنها تعتبر من الاضطرابات التي تحدث غالبا مع وجود واحدة أو أكثر من الاضطرابات والمشكلات المصاحبة لحدوثها وتعتبر الاضطرابات التالية من أهمها:

١- اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط الحركة

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)

يشير كورلان (Kurlan,2005:89) إلى أن التقديرات تشير إلى أن ٥٠-٧٥٪ من الأطفال الذين يعانون من متلازمة توريت يكون لديهم بشكل مرضي متزامن اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط الحركة.

٢- اضطراب الوسواس القهري

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)

يذكر أوليف (Olive, 2010: 64) إلى أن التقديرات تشير إلى أن ما يقرب من ٥٠% من الناس الذين يعانون من متلازمة توريت تظهر عليهم أعراض اضطراب الوسواس القهري في مرحلة ما من حياتهم. ومع ذلك من الصعب تحديد المعدل الدقيق لاضطراب الوسواس القهري في المرضى ذوي متلازمة توريت.

٣- الأكتئاب Depression

كما أن الاكتئاب أمر شائع بين الناس الذين يعانون من متلازمة توريت، وتذكر روبرتسون (Robertson, 2006: 351) أن الأبحاث والدراسات قد أشارت إلى انتشار الاكتئاب والأعراض الاكتئابية لدى ذوي متلازمة توريت الذين كانوا يرتادوا عيادات متخصصة بنسب تتراوح بين ١٦% و ٧٦%، وبالإضافة إلى ذلك فإن الغالبية العظمى من الدراسات قد أشارت إلى أن المرضى ذوي متلازمة توريت كانوا أكثر إصابة بالاكتئاب عن باقي السكان.

يشير أوليف (Olive, 2010: 67) تشمل أعراض الاكتئاب لدى البالغين الحزن لفترات طويلة، وفقدان السرور أو الاهتمام بالأنشطة، تغييرات في عادة الأكل أو النوم، والأفكار المتكررة في الموت، ومع ذلك، فأنه عند الأطفال ذوي متلازمة توريت تظهر أعراض الاكتئاب على شكل تهيج أو غضب. ولا يعتبر الاكتئاب (كآبة) مؤقتة يشعر بها الفرد بعد مروره بيوم سيئ أو الانفصال والبعد عن صديق حميم. أعراض الاكتئاب تكون شديدة بما فيه الكفاية كي تتعارض مع الوظائف الطبيعية اليومية للفرد، كما بأن المرضى ذوي متلازمة توريت غالباً يجدون صعوبة في تكوين صداقات، مما يجعلهم يشعرون بالعزلة الاجتماعية.

٤- القلق ANXIETY

يذكر أوليف (Olive, 2010: 68) أن هناك العديد من الأشكال المرضية للقلق، مثل الخوف المرضي (المخاوف غير المنطقية من الأشياء والأفكار، أو المواقف)، القلق التعميمي (المشاعر

العامة المفرطة في القلق)، الوسواس القهري ، اضطراب ضغط ما بعد الصدمة Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)، والعديد غيرها في الناس ذوي متلازمة توريت، هناك نسبة أعلى من عموم السكان في القلق الاجتماعي والخوف المرضي (مثل التحدث أمام الجمهور أو الأداء العلني) وقلق الانفصال (مثل القلق الناجم عن البعد عن الوالدين)، ولا يعتبر هذا شيء غريب نظراً لوصمة العار الاجتماعية التي تصاحب ذوي متلازمة توريت و مشاعر الحماية لوجود بجواره أحد الوالدين أو أحد أفراد الأسرة الذين يفهمون متلازمة توريت أفضل من عامة الناس.

٥- صعوبات التعلم learning difficulties

يشير أوليف (Olive,2010:69) ان الناس الذين يعانون من متلازمة توريت غالبا تظهر صعوبات في التعلم لديهم، هذه ليست نتيجة لانخفاض مستويات الذكاء لدى المرضى الذين يعانون من متلازمة توريت، حيث أن الأطفال ذوي متلازمة توريت عادة ما يميلون أن يكون معدل الذكاء IQلديهم أعلى من عامة الناس، ومن المرجح أن تكون صعوبات التعلم التي يعاني منها المرضى ذوي متلازمة توريت تكون نتيجة لعدم قدرتهم على تجميع وتركيز أنتباههم (نتيجة لمصاحبة اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط الحركة)، أو نتيجة للأفكار الإقتحامية و غير المرغوب فيها التي تتداخل مع القدرة على التركيز والتجميع (كنتيجة لاضطراب الوسواس القهري). وعلى هذا النحو، فأن علاج اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط الحركة أو اضطراب الوسواس القهري قد تحسن مهارات التعلم لدى المرضى ذوي متلازمة توريت.

٦- السلوك التخريبي Disruptive Behavior

يذكر أوليف (Olive,2010:69) أن الأطفال والمراهقين الذين يعانون من متلازمة توريت غالبا ما تظهر لديهم أعراض سلوكية التي يمكن أن تكون مشكلة للغاية. وكمثال على أحد هذه المشكلات السلوكية ما يطلق عليه اضطراب التحدي الإعتراضي Oppositional Defiant Disorder (ODD)، الذي يتسم برفض الانصياع الوالدين، لوم الآخرين على أخطائهم، الاندفاع، نوبات الغضب، والاعتداءات المفاجئة من الغضب الجسدي والعاطفي ضد الآباء أو شخصيات أخرى تمثل سلطة. ما يصل إلى ١٥ % من الأطفال الذين يعانون من متلازمة توريت معرضين لأعراض اضطراب التحدي الإعتراضي ، ولكن هذا قد يكون ثانوي في زيادة حدوث اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط الحركة في الأشخاص ذوي متلازمة توريت، وحيث ما يقارب ٥٠% من الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط الحركة بمفرده يكون لديهم أعراض لاضطراب التحدي الأعتراضي.

بغض النظر عن السبب، يمكن للأطفال ذوي متلازمة توريت والسلوك التخريبي أن يستخدموا العنف، الهجوم الجسدي على الحيوانات وغيرهم من الناس، والانخراط في السلوكيات المعادية للمجتمع Antisocial Behaviors مثل التخريب أو الحرق.

٧- إساءة استخدام العقاقير Substance Abuse

يشير أوليف (Olive, 2010: 71) إلى أنه تم الإشارة إلى أن كلاً من النيكوتين والمارجوانا يستخدمان لخفض شدة اللازمات لدى بعض من ذوي متلازمة توريت، لذلك، فأن بعض المرضى ذوي متلازمة توريت اللذين لديهم تجربة مع أحدى الاثنتين تدخين السجائر أو المارجوانا (خاصة المراهقين) سعياً لتخيف الأعراض لديهم قد يكونوا في خطر متزايد ليصبحوا مدمنين للسجائر أو المارجوانا، وربما على الأرجح يكون لديهم مشكلات إساءة استخدام العقاقير في فترة البلوغ. الخطر المتزايد في مشكلات إساءة استخدام العقاقير في الكبار من ذوي متلازمة توريت يكون سائد خاصة في الأشخاص ذوي متلازمة توريت المصاحب باضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط الحركة، لأن الأشخاص ذوي اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط الحركة يميلون إلى الاندفاعية، وعدم دراسة وتفحص عواقب وأثار أفعالهم بوضوح، مثل تجربة المخدرات، هناك عدد قليل جدا من الدراسات المتعمقة حول تعاطي المخدرات في المرضى ذوي متلازمة توريت وكيف يؤثر على احتمالية وجود مشكلات على تعاطي المخدرات في وقت لاحق في حياتهم.

٨- مشكلات النوم Sleep Problems

يذكر أوليف (Olive, 2010: 71) أن مشكلات النوم من الأمور الشائعة لدى الأشخاص ذوي متلازمة توريت. ففي معظم الأحيان يجد المرضى ذوي متلازمة توريت مشكلة في الاستغراق في النوم نتيجة للازمات اللاإرادية التي تبقيهم مستيقظين، أو بسبب التأثير التحفيزي للمنبهات مثل الريتالين Ritalin الذي يتم إعطائه للأشخاص ذوي متلازمة توريت المصاحب باضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط الحركة.

كما أن المشي أثناء النوم أيضاً من الأمور الشائعة لدى ذوي متلازمة توريت، كما هو الحال في الأشخاص اللذين لا يعانون من متلازمة توريت، فنوعية وجودة النوم يتم تحسينها في اللذين يعانون من متلازمة توريت إذا تم إعطائهم جرعات مناسبة من الوصفات الطبية المعينة على النوم مثل الأمبين Ambien أو اللونستا Lunesta، وإذا تم تعاطي المنبهات يقتصر على أوقات اليوم التي لن تكون قريبة من وقت النوم.

٩- سلوكيات إيذاء الذات Self-Injurious Behavior (SIB)

أورد ماثيوس وآخرون (Mathews et al, 2004: 1149) خلال دراستهم على (٢٩٧) مفحوص ذوي متلازمة توريت، أنه كان نسبة سلوكيات إيذاء الذات لدى العينة ٢٩%.

سابعاً: المنبئات التحذيرية في متلازمة توريت

تعرفها إيمان رشوان (٢٠١١: ١٩) "أن المنبئات التحذيرية هي عبارة عن أحاسيس جسدية داخلية تتواجد في مناطق محددة في الجسم (Hot Spots) وتعتبر منذراً مسبقاً لحدوث اللازمة، وتنتهي هذه الأحاسيس بشعور الفرد بالراحة فور حدوث اللازمة."

ويذكر كورلان (Curlan, 2005: 15) أنه في عام ١٩٨٠ قدم بليس Bliss أحد أول التقارير التي تؤكد على دلالة الظواهر الحسية لدى متلازمة توريت من خلال التحليل الاستقرائي لخبرته الشخصية الخاصة مع هذا الاضطراب، وأنه بعد سنوات من الملاحظة الدقيقة أصبح على وعي بالإشارات الحسية التي تسبق الحركات، وأن كل حركة تكون مسبوقة ببعض الإشارات الحسية الأولية وتليها بدورها انطباعات حسية في نهاية الفعل. وأن كل حركة هي عبارة عن إذعان طوعي للدافع الملح والهائج المصحوب بإحساس دقيق للغاية يثير ويدعم ذلك الدافع. يكون المقصد هو تخفيف الإحساس، تماماً مثل حك الجلد للتخفيف من الشعور بالحكة الموجودة.

وبناءً على تلك التجربة، فقد أكد بليس Bliss على أن تلك الحركة ليست هي الرسالة الكاملة. وأن تلك الحركة، حتى وإن كانت غريبة، ليست هي الجزء الأهم في نشاط متلازمة توريت.

وقد تركزت عمليات التقييم الإكلينيكي على الأعراض الظاهرية، ولكن الغريب أنها قد توقفت على مسافة قصيرة من التحقق من الأحداث الحسية، الأشكال الخفية، التي تظهر قبل وفي نهاية الفعل الواضح، حيث تخبرنا بشكل أكثر من الأفعال الحسية والمسموعة.

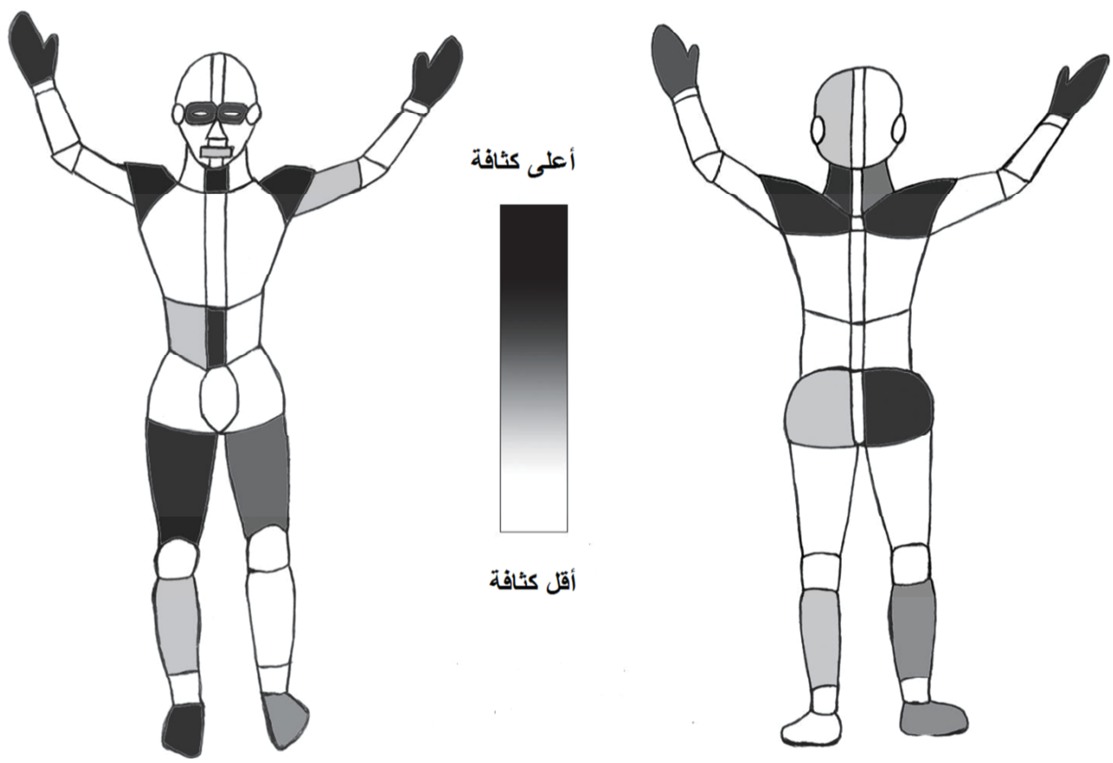
وقد قاد هذا التقرير الرائع والمفصل لزيادة الاهتمام بالظواهر الحسية في متلازمة توريت، وفي الواقع، فإن المنبئ أو التجارب الحسية التي تسبق الكثير من النقاش حول الظواهر الخاصة باللازمات، مع توصيف اللازمات كاستجابة لذلك الدافع الذي لا يقاوم، وليس كفعل لاإرادي بشكل كامل.

وفي خلال تجربة ليكمان وكوهين (Leckman & Cohen, 1992: 319) التي تكونت عينتها من (٢٨) حالة عن طريق المقابلة المباشرة، كان (٢٢) مبحوث أي حوالي(٧٩%) من المبحوثين أفادوا بأنهم من ذوي الخبرة في التعرض للمنبئات التحذيرية قبل حدوث اللازمات الحركية والصوتية لديهم. وكان (١٣) مبحوث (٥٧%) قد أفادوا بأن التعرض للمنبئات التحذيرية كانت أكثر إزعاجاً من اللازمات نفسها. وأعرب (١٢) مبحوث (٥٥%) عن اعتقادهم بأن المنبئات التحذيرية قد عززت لديهم القدرة على قمع أعراض اللازمة. وشعر (٧١%) من المبحوثين بأن اللازمات لديهم كانت استجابة إرادية للمنبئات التحذيرية التي مروا بها.

وفي عام ١٩٩٣ قام ليكمان وآخرون (Leckman et al,1993: 98) بدراسة على عينة مكونة من (١٣٢) حالة ذوي متلازمة توريت استخدم فيها الاستبيانات والمكالمات الهاتفية للمتابعة عند الضرورة. حيث أفاد ٩٣% من المفحوصين بأنهم كانت لديهم أحاسيس (عقلية أو جسدية) لتجربة اللازمة خلال الأسبوع الماضي، وعند سؤالهم عن وضع علامة على كل الأجزاء التي شعروا بتلك الأحاسيس عليها من قبل على رسم تخطيطي لجسم الإنسان كانت منطقة حزام الكتف والراحتين، ومنتصف منطقة البطن، والفخذين الأماميين، والقدمين، والعيون من أكثر المناطق الموجود بها وعي حسي لتلك المنبئات التحذيرية وذلك وفق شكل رقم (٤)

شكل رقم (٤)

توزيع كثافة الإحساس بالمنبئات التحذيرية على أجزاء الجسم



كثافة حدوث المنبئات التحذيرية

وكان متوسط عمر المشاركين حينما أحسوا بتلك المنبئات التحذيرية لأول مرة هو (١٠) سنوات، أي بمعنى أنه أكثر ٣.١ عام بعد متوسط عمر بداية ظهور اللازمات لأول مرة، وأفادوا بأن القلق والضغوط كانت تزيد من معدل حدوث المنبئات التحذيرية للازمات، بينما كان الاسترخاء والتركيز يقلل من معدل حدوث المنبئات التحذيرية.

وذكر راجاجوبال وكافانا (Rajagopal and Cavanna, 2014: 970) أن تقييم تلك المنبئات للازمة (يطلق عليها المنبئات التحذيرية أو اللازمة الحسية) من الأهمية بمكان للتشخيص الفارق بين اللازمات والأعراض الأخرى. وعلاوة على ذلك، فإن التدخلات السلوكية لإدارة اللازمة مثل العلاج بعكس العادة HRT يعتمد على وعي الحالة بتلك المنبئات.

خلاصة و تعقيب:

من خلال العرض السابق للاطار النظري يتضح لنا ماهية متلازمة توريت بشكل أكثر وضوحاً، كما يتبين كيفية تشخيص متلازمة توريت وتمييزها عن باقي اضطرابات اللازمة وباقي الاضطرابات العصبية من خلال التشخيص الفارق، ويتضح أكثر انتشار حدوث المتلازمة على عكس ما كان يعتقد قديماً، كما يتبين أهم الاضطرابات المصاحبة لحدوث المتلازمة، وأنواع اللازمات الحركية والصوتية، والمنبئات التحذيرية الدالة على حدوثها.

وقد تم استعراض مرحلة الطفولة المتوسطة التي هي المرحلة العمرية لعينة البحث، وتم الوقوف على مفهومها، كما تم الوقوف على أهم النظريات العلمية التي تناولت النمو خلال تلك المرحلة العمرية الهامة الفاصلة بين الطفولة والمراهقة، وتم الوقوف على أكثر المشكلات السلوكية حدوثاً فيها.

ونرى خلال الاطار السابق عرض سريع على مدرسة تعديل السلوك أو العلاج السلوكي كما يطلق عليه البعض الأخر من العلماء، وقد تم تناول أهم التعريفات، والأهداف الأساسية لتعديل السلوك، وأهم خصائصه، كما تم استعراض أهم التطبيقات العملية لتعديل السلوك في مختلف والعديد من المجالات في الحياة، ومن بينها ما قد استفاد منه الباحث في إعداد البرنامج العلاجي لخفض اللازمات الحركية مستعيناً بالعديد من الفنيات العلاجية.

الفصل الثالث

دراسات سابقة

الفصل الثالث

دراسات سابقة

- تمهيد
- المحور الأول: دراسات تناولت متلازمة توريت
- المحور الثاني: دراسات تناولت التدخلات العلاجية مع متلازمة توريت واضطرابات اللازمة الأخرى
- تعقيبا عام على الدراسات السابقة
- فروض الدراسة

الفصل الثالث

دراسات سابقة

تمهيد:

يقوم الباحث في هذا الفصل بعرض مجموعة من الدراسات السابقة العربية والأجنبية التي تناولت متغيرات الدراسة الحالية، وقد قام الباحث بالاطلاع على ما أتيح له من دراسات سابقة عربية وأجنبية بهدف التعرف على بعض الدراسات العلاجية وعلاقتها بمتلازمة توريت وبعض المتغيرات الأخرى، وذلك من أجل التعرف على المناهج المتبعة في تلك الدراسات وكذلك الأدوات والوسائل المستخدمة حتى يستفيد الباحث من ذلك في تصميم برنامجه الخاص بتعديل سلوك اللازمات الحركية كما أن نتائج هذه الدراسات تفيد الباحث في صياغة فروض بحثه وتوجيه هذه الفروض، وقد قام الباحث بعرض الدراسات وفق ترتيب زمني من الأقدم إلى الأحدث على النحو التالي:

أولاً: دراسات تناولت متلازمة توريت

دراسة وانج وكو (2003) Wang and Kuo

عنوان الدراسة: متلازمة توريت في تايوان (دراسة لنسب الانتشار الوبائية لاضطرابات اللازمة في مدرسة ابتدائي في مقاطعة تايبيه).

أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى التحقق من نسبة انتشار متلازمة توريت لدى الأطفال في مقاطعة تايبيه – تايوان.

عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من (٢٠٠٠) طالب تايواني في المرحلة الابتدائية تتراوح أعمارهم بين (٦-١٢) سنة.

أدوات الدراسة:

أسفرت نتائج الدراسة عن النتائج التالية:

١. استبيان تقرير ذاتي
٢. قائمة يال لمتلازمة توريت واللازمات السلوكية الأخرى (YSTSOBS; Leckman et al., 1991)

نتائج الدراسة:

١. كانت نسبة انتشار متلازمة توريت حوالي ٠.٥٦ %، وكانت النسبة في الذكور إلى الإناث (٩:٢).

٢. كانت نسبة انتشار اضطرابات اللازمة العابرة حوالي ٥%.

- **دراسة خليفة وكنورينج (2003) Khalifa and Knorring**

عنوان الدراسة:

معدل انتشار اضطرابات اللازمة ومتلازمة توريت في تلاميذ المدارس السويدية.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة في البحث في التوزيع الوبائي لاضطرابات اللازمة ومتلازمة توريت في أطفال المدارس السويدية الذين تتراوح أعمارهم بين (٧-١٥) عام.

عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من (4479) طفل من طلاب المدارس السويدية تتراوح أعمارهم بين (٧-١٥) عام.

أدوات الدراسة:

١. مقياس يال براون للوسواس القهري عند الأطفال (CYBOCS, Scahill et al., 1997).
٢. قائمة مراجعة سلوك الطفل (CBCL, Achenbach and Ruffle, 2000).
٣. مقاييس كونرز لولي الأمر والمدرس (Conner's, 1969).
٤. استبيان فحص متلازمة أسبرجر (Ehlers and Gillberg 1993).
٥. قائمة اكتئاب الأطفال (Kovacs 1985).
٦. مقياس شابيرو العالمي لتقييم الشدة (Shapiro et al. 1988).

نتائج الدراسة:

أسفرت نتائج الدراسة عن النتائج التالية:

١. كانت نسبة انتشار اضطرابات اللازمة حوالي ٦.٦%.
٢. كانت نسبة انتشار متلازمة توريت ٠.٦%.
٣. كانت نسبة انتشار اضطراب اللازمات المزمنة الحركية ٠.٨%.
٤. كانت نسبة انتشار اضطراب اللازمات المزمنة الصوتية ٠.٥%.
٥. كانت نسبة انتشار اضطرابات اللازمة العابرة حوالي ٤.٨%.

- **دراسة جين وآخرون (2005) Jin et al.**

عنوان الدراسة: مسح لنسب الانتشار الوبائي لمتلازمة توريت في الأطفال والمراهقين في وينزهو- جمهورية الصين الشعبية.

أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى التحقق من معدل الانتشار والتوزيع لمتلازمة توريت في الأطفال والأحداث الذين تتراوح أعمارهم بين (٧ – ١٦) عام في وينزهوا – جمهورية الصين الشعبية.

عينة الدراسة:

تتألف عينة الدراسة من (٩٧٤٢) طفل ومراهق تتراوح أعمارهم بين (٧ – ١٦) عام.

أدوات الدراسة:

"استبيان ذاتي" وضعه ابتر وآخرون، تم ترجمته إلى اللغة الصينية.

نتائج الدراسة:

أسفرت نتائج الدراسة عن النتائج التالية:

١) معدل انتشار متلازمة توريت خلال الأطفال في سن المدرسة ٠.٤٣ %.
٢) النسبة في الذكور إلى الإناث هي ١٠.٦ :١ (٠.٧٤% للذكور، ٠.٠٧% للإناث).
٣) متوسط العمر لظهور متلازمة توريت هو ٧.٧ ± ٢.٧ أعوام.

- **دراسة إيمان رشوان(٢٠١١)**

عنون الدراسة: استخدام الصفحة النفسية في التشخيص الفارق بين حالات متلازمة توريت وحالات **صعوبات التعلم.**

أهداف الدراسة:

استخدام الصفحة النفسية في التعرف على أوجه التشابه والاختلاف بين حالات متلازمة توريت وحالات صعوبات التعلم لدى الأطفال.

عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من (٨٠) طفل وطفلة من أطفال المرحلة الابتدائية في المرحلة العمرية من (٧–١٠) وقد قسمت على النحو التالي : (١٥) طفلاً وطفلة من الأطفال ذوي متلازمة توريت، (٦٥) طفلاً وطفلة من الأطفال ذوي صعوبات التعلم.

أدوات الدراسة:

١. مقياس تقدير سلوك التلميذ لفرز حالات صعوبات التعلم (إعداد مصطفى كامل، ١٩٩٩).

٢. اختبار ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الرابعة (إعداد مصري حنورة، ٢٠٠٣).

٣. قائمة تقدير مظاهر الاضطرابات السلوكية لدى أطفال متلازمة توريت وأطفال ذوي صعوبات التعلم (إعداد الباحثة).

نتائج الدراسة:

أسفرت نتائج الدراسة الحالية عن الآتي:

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط حالات صعوبات التعلم وحالات متلازمة توريت بالنسبة للجوانب المعرفية (الاستدلال اللفظي – الاستدلال البصري – الاستدلال الكمي – الذاكرة) على مقياس ستانفورد بينيه لصالح حالات صعوبات التعلم.

٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مظاهر الاضطرابات السلوكية لدى حالات متلازمة توريت وذلك بالنسبة للبنود الفرعية لقائمة تقدير مظاهر الاضطرابات السلوكية (مظاهر الاضطرابات الحركية – مظاهر الاضطرابات اللغوية – مظاهر الاضطرابات الاجتماعية – مظاهر الاضطرابات الانفعالية) لصالح حالات متلازمة توريت.

٣. يختلف شكل الصفحة النفسية لدى حالات صعوبات التعلم عن شكل الصفحة النفسية لدى حالات متلازمة توريت.

- **دراسة سامار وآخرون Samar et al., (2013)**

عنوان الدراسة: الأطفال والمراهقون الذين يعانون من اضطراب توريت في الولايات المتحدة الأمريكية في مقابل الأرجنتين: الاختلافات السلوكية قد تعكس العوامل الثقافية.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى استكشاف الاختلافات السلوكية كانعكاس محتمل للعوامل الثقافية، لدى الذين يعانون من اضطراب توريت، وذلك في بيئتين مختلفتين هما مدينة نيويورك وبوينس آيرس.

عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من (١١١) طفل ومراهق ذوي متلازمة توريت تتراوح أعمارهم الزمنية من ٦–١٧ عام، ٣٥ طفل ومراهق من مدينة بوينس آيرس (٢٩ذكور، ٦ إناث)، (٧٦) طفل ومراهق من مدينة نيويورك (٦٣ ذكور، ١٣ إناث).

أدوات الدراسة:

١. مقياس يال العالمي لشدة اللازمة (YGTSS, Leckman al., 1989).
٢. قائمة مراجعة سلوك الطفل (CBCL, Achenbach and Ruffle, 2000).
٣. قائمة الاضطرابات الوجدانية والفصام للأطفال في سن المدرسة–الحاضر ومدى الحياة (K-SADS-PL, Kaufman et al., 1997).
٤. التقييم العالمي للأداء (GAF).

نتائج الدراسة:

أظهرت نتائج الدراسة أنه لا توجد اختلافات ملحوظة بين المكانين في الجنس، العمر الزمني عند بداية اللازمات، العمر الزمني عند تشخيص متلازمة توريت، متوسط شدة اللازمة، نسبة من تعاطى أدوية لكبح اللازمات.

بينما كان هناك اختلافات ملحوظة بين المكانين في التقييم الأول في عيادة متخصصة. بالنسبة لمعدل حدوث اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ADHD واضطراب الوسواس القهري OCD لم يكن هناك اختلافات بين المكانين، بينما معدل حدوث اضطراب التحدي الإعتراضي ODD كان أعلى بشكل ملحوظ في مدينة بوينس آيرس. بينما كان أيضاً معدل حدوث اضطرابات المزاج واضطرابات القلق غير اضطراب الوسواس القهري بما في ذلك الرهاب المحدد، الرهاب الاجتماعي، اضطراب قلق الانفصال، اضطراب الهلع، اضطراب القلق العام GAD أعلى بشكل ملحوظ في مدينة بوينس آيرس.

- **دراسة زاجو وآخرون (2014) .Zago et al**

عنوان الدراسة: التفكير المضاد في متلازمة توريت: دراسة باستخدام ثلاثة مقاييس.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى التأكد من وجود خلل أو اضطراب في التفكير المضاد عند الأشخاص ذوي متلازمة توريت.

عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من مجموعتين، مجموعة تجريبية تتكون من (٤٨) شخص ذوي متلازمة توريت (٣٤ ذكور، ١٤ إناث)، بمتوسط عمر زمني ٣٣.٩ عام حيث تتراوح أعمارهم الزمنية من (١٨:٦٠) عام، مع متوسط عمر بداية ظهور اللازمات ٨.٢ عام، مجموعة ضابطة تتكون من (٤٦) شخص أصحاء (٣٢ ذكور، ١٤ إناث)، بمتوسط عمر زمني ٣٠.٥ عام.

أدوات الدراسة:

١. مقياس يال العالمي لشدة اللازمة (YGTSS; Leckman et al., 1989).

٢. فحص الحالة العقلية المصغر (MMSE; Folstein et al., 1975).

٣. بطارية مقاييس التفكير المضاد (Hooker et al, 2000).

٤. مقياس يال براون للوسواس القهري (YBOCS, Goodman et al., 1989).

نتائج الدراسة:

أظهرت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التفكير المضاد بين ذوي متلازمة توريت في المجموعة التجريبية والأشخاص الأصحاء في المجموعة الضابطة وذلك خلال الثلاثة مقاييس المستخدمة في بطارية مقاييس التفكير المضاد CFT.

- **دراسة إيبن و روبرتسون Eapen and Robertson (2015)**

عنوان الدراسة: هل هناك أنواع فرعية مختلفة في متلازمة توريت؟ متلازمة توريت نقي في مقابل متلازمة توريت زائد، ولازمات بسيطة في مقابل لازمات مركبة.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى التأكد من وجود عدة أنواع لمتلازمة توريت فرعية من عدمه، وذلك وفقاً لوجود اضطرابات مصاحبة من عدمها، وكذلك نوع اللازمات الموجودة.

عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من (٤٠٠) شخص ذوي متلازمة توريت (٧٢% ذكور، ٢٨% إناث)، مع متوسط عمر زمني ٢٧.٧ عام.

أدوات الدراسة:

١. مقياس يال العالمي لشدة اللازمة (YGTSS; Leckman et al., 1989).

٢. مؤشر الثقة التشخيصية (DCI, Robertson et al., 1999).

٣. جدول مقابلة المستشفى الوطني لتقييم اللازمات والسلوكيات ذات الصلة – النسخة المختصرة (NHIS, Robertson and Eapen., 1996).

نتائج الدراسة:

أسفرت نتائج الدراسة عن أن الأشخاص الموجود لديهم لازمات حركية/صوتية مركبة كانت لديهم احتمالات أكثر للإبلاغ عن وجود منبئات تحذيرية قبل حدوث اللازمة عن الأشخاص الموجود لديهم لازمات صوتية/حركية بسيطة.

- **دراسة إيبن وآخرون Eapen et al. (2016)**

عنوان الدراسة: متلازمة توريت، الاضطرابات المصاحبة وجودة الحياة.

هدف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى اكتشاف علاقة الاضطرابات المصاحبة لذوي متلازمة توريت بنوعية الحياة لديهم.

عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من (٨٣) شخص ذوي متلازمة توريت (٦١ ذكور، ٢٢ إناث)، وشملت عينة الدراسة (٤٣) طفلاً تتراوح أعمارهم الزمنية من (٤ : ١٧) عام بمتوسط عمر (١٢) عام، و (٤٠) بالغ تتراوح أعمارهم الزمنية من (١٩ : ٦٩)عام بمتوسط عمر (٤١) عام.

أدوات الدراسة:

١. مقياس يال العالمي لشدة اللازمة (YGTSS, Leckman al., 1989).
٢. متلازمة جيل دو لا توريت – مقياس جودة الحياة (GTS-QOL, Cavanna et al., 2008).
٣. جدول مقابلة المستشفى الوطني لتقييم اللازمات والسلوكيات ذات الصلة – النسخة المختصرة (NHIS, Robertson and Eapen., 1996).

نتائج الدراسة:

أظهرت نتائج الدراسة أن المشاركين ذوي متلازمة توريت فقط كان لديهم مستوى أفضل من جودة الحياة مقارنة بأولئك المشاركين ذوي متلازمة توريت مع وجود (٣) اضطرابات مصاحبة أو أكثر. وقد لوحظ بعض الاختلافات بين المشاركين ذوي متلازمة توريت فقط و المشاركين ذوي متلازمة توريت مع وجود اضطراب أو اثنان مصاحبان.

▪ ثانياً: دراسات تناولت التدخلات العلاجية مع متلازمة توريت واضطرابات اللازمة الأخرى

- **دراسة وودز وآخرون Woods et al. (1996)**

عنوان الدراسة: التطبيق المتسلسل لمكونات عكس العادة الرئيسية لعلاج اللازمات الحركية في الأطفال.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى قياس فاعلية استخدام مكونات أسلوب العلاج بعكس العادة (التدريب على التوعية، الرقابة الذاتية، والدعم الاجتماعي، واستعمال الاستجابة المنافسة) في علاج اللازمات الحركية.

عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من (٤) أطفال (٣ ذكور، ١ إناث) يعانون من اضطراب اللازمة الحركية المزمن، تتراوح أعمارهم الزمنية من (٨: ١٢) عام.

أدوات الدراسة:

١. قائمة تقييم العلاج – النسخة المختصرة (TEI–SF; Kelley et al., 1989).
٢. مقياس رضا ولي الأمر.
٣. مقياس الإدراك الاجتماعي.

نتائج الدراسة:

أسفرت نتائج الدراسة عن انخفاض في اللازمات الحركية عند جميع المشاركين أثناء فترة العلاج، ولكن، شوهد انخفاض فردى مع مجموعات مختلفة من المكونات.

- **دراسة كلارك وآخرون Clarke et al ., (2001)**

عنوان الدراسة: التدخل المرتكز على المدرسة المصمم للحد من عدد مرات تكرار اللازمات عند الأطفال الذين يعانون من متلازمة توريت.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى قياس ومقارنة تأثير مكونات حزمتين للعلاج تتألف من أسلوب العلاج بعكس العادة وأسلوب النمذجة الذاتية للحد من وتيرة اللازمات عند (٤) طلاب في عمر المدرسة تم تشخيصهم على أنهم لديهم متلازمة توريت .

عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من (٤) أطفال ذوي متلازمة توريت في عمر المدرسة.

أدوات الدراسة:

١. مقياس يال العالمي لشدة اللازمة (YGTSS, Leckman al., 1989).
٢. مقياس وكسلر المختصر للذكاء (WASI, Wechsler., 1999).
٣. البرنامج العلاجي

نتائج الدراسة:

أظهرت النتائج لدى (٣ من ٤) أطفال المشاركين في الدراسة عن وجود انخفاض ذات دلالة إكلينيكياً في حدوث اللازمات لديهم على مقياس يال العالمي لشدة اللازمة في القياس البعدي، كما استمر هذا التحسن خلال فترة المتابعة، بينما ظهر لدى الطفل الرابع حدوث تحسن بسيط في معدل حدوث اللازمات.

- **دراسة وودز وآخرون Woods et al. (2003)**

عنوان الدراسة: علاج اللازمات الصوتية في الأطفال ذوي متلازمة توريت: التحقق من فاعلية أسلوب عكس العادة.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى تقيم فاعلية أسلوب العلاج عكس العادة (HRT) على اللازمات الصوتية.

عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من (٥) أطفال ذكور قوقازيين يعانون من متلازمة توريت، تتراوح أعمارهم الزمنية من ١٣:١٠ عام.

أدوات الدراسة:

١. مقياس وكسلر المختصر للذكاء (WASI; Psychological Corporation, 1999)

٢. مقياس يال العالمي لشدة اللازمة (YGTSS; Leckman et al., 1989)

٣. البرنامج العلاجي (Woods et al, 2016)

نتائج الدراسة:

أسفرت نتائج الدراسة عن خفض بنسبة 82٪ في اللازمات الصوتية أثناء العلاج مع عدم وجود زيادة متزامنة في اللزمات الحركية وأيضاً، تمت المحافظة على النتائج لمدة ٣ أشهر من المتابعة (٣ من ٥) أطفال، والآباء لجميع المشاركين الخمسة.

- **دراسة وودز ولويسلي Woods and Luiselli (2007)**

عنون الدراسة: العلاج بعكس العادة للازمات الصوتية والحركية لدى طفل ذي متلازمة توريت.

هدف الدراسة:

استخدام أسلوب عكس العادة في خفض معدل اللازمات الصوتية والحركية لدى الطفل محل الدراسة.

عينة الدراسة: طفل ذكر يبلغ من العمر (١٠) سنوات يعاني من متلازمة توريت.

أدوات الدراسة:

١. محكات تشخيص متلازمة توريت وفق الدليل التشخيصي والإحصائي لتصنيف الاضطرابات النفسية :المراجعة الرابعة النسخة المراجعة DSM-IV TR .

٢. برنامج علاجي قائم على استخدام أسلوب عكس العادة HR بمكوناته الأربع (التدريب على التوعية، الرقابة الذاتية، والدعم الاجتماعي، واستعمال استجابة المنافسة)، ممزوج مع استخدام الاسترخاء، من خلال جلسات مدتها (٦٠) دقيقة استمرت لمدة (٢٠) أسبوع.

نتائج الدراسة:

أسفرت نتائج الدراسة عن وجود انخفاض في معدل تكرار اللازمات الصوتية والحركية لدى الطفل، كما تم الحفاظ على مستوى التحسن خلال فترة (٣) شهور المتابعة.

- **دراسة سكودولسكي (Sukhdolsky et al. (2009**

عنون الدراسة: تجربة عشوائية في التدريب على التحكم في الغضب لدى المراهقين ذوي متلازمة توريت المصحوب بالسلوك التخريبي.

أهداف الدراسة:

تقييم فاعلية (١٠) جلسات فردية للتدريب على السيطرة على الغضب (ACT) لدى مراهقين ذوي متلازمة توريت المصحوب بالسلوك التخريبي.

عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من (٢٦) شخصاً (٢٤ ذكور، ٢ إناث) تتراوح أعمارهم من (١١ : ١٦) عام، تم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية تعرضت للتدريب على السيطرة على الغضب (ACT)، مجموعة ضابطة تعرضت للعلاج بالشكل المعتاد (TAU).

أدوات الدراسة:

١. مقياس يال العالمي لشدة اللازمة (YGTSS, Leckman et al., 1989).
٢. إستبيان سوانسون، نولان، وبلهام(SNAP-IV, Swanson et al., 1992)
٣. إستبيان الوضع المنزلي (HSQ; Barkley & Edelbrock 1987)

٤. مقياس تحسن الانطباع الاكلينيكي العالمي (CGI; Guy, 1976)
٥. مقياس يال براون للوسواس القهري عند الأطفال (CYBOCS, Scahill et al., 1997)
٦. قائمة مراجعة سلوك الطفل (CBCL, Achenbach and Ruffle, 2000)
٧. قائمة كيدي للاضطرابات الوجدانية والفصام (K-SADS, Kaufman et al., 1997)
٨. قائمة الغضب لدى الأطفال (ChIA, Nelson and Finch, 2000)

نتائج الدراسة:

تبين من النتائج أن التدريب على السيطرة على الغضب (ACT) لدى المراهقين ذوي متلازمة توريت كان فعالاً للحد من السلوك التخريبي لديهم، كما تم الحفاظ على الانخفاض في السلوك التخريبي لدى مجموعة التدريب في التحكم في الغضب خلال فترة المتابعة التي استمرت لمدة (٣) أشهر.

- دراسة فرانكلين وآخرون (Franklin et al (2011

عنون الدراسة: التدريب على أسلوب عكس العادة والعلاج بالتقبل والالتزام لذوي متلازمة توريت: دراسة تجريبية.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى قياس أثر استخدام التدريب بعكس العادة HRT بمفرده، وقياس أثر استخدام التدريب بعكس العادة HRT مصحوب بالعلاج بالتقبل والالتزام ACT على عينة الدراسة.

عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من (١٣) مريض تتراوح أعمارهم الزمنية من (١٤: ٢٥) عام.

أدوات الدراسة:

١. مقياس يال العالمي لشدة اللازمة (YGTSS, Leckman et al., 1989).
٢. جدول المقابلة الرابع لاضطرابات القلق- نسخة الطفل (ADIS-CV; Silverman & Albano, 1996)
٣. مقياس العمل والتوافق الاجتماعي (WSAS;Mundt et al. 2002)
٤. مقياس تحسن الانطباع الاكلينيكي العالمي (CGI-I; Guy 1976)

نتائج الدراسة:

أظهرت نتائج الدراسة أن استخدام التدريب بعكس العادة HRT بمفرده، أو استخدام التدريب بعكس العادة HRT مصحوب بالعلاج بالتقبل والالتزام ACT قد شهدت في المتوسط انخفاض كبير، وملحوظ، ودائم في أعراض اللازمة خلال شهر من تتبع النتائج.

- **دراسة فيلدمان وآخرون (Feldman et al., (2011**

عنوان الدراسة: تطبيق التدريب بعكس العادة (HRT) لعلاج اللازمات في مرحلة الطفولة المبكرة.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى قياس فاعلية برنامج علاج سلوكي باستخدام أسلوب التدريب على عكس العادة، وذلك للحد من اللازمات الحركية.

عينة الدراسة:

طفلة تبلغ من العمر (٦) سنوات تعاني من اللازمات الحركية.

أدوات الدراسة:

١. قائمة فحص عرض الطفولة المبكرة. (ECI-4; Gadow & Sprafkin, 2002).
٢. مقياس التقرير الذاتي لعرض اللازمة (TSSR).
٣. مقياس الضرر لمتلازمة توريت للطفل (CTIM-P; Storch et al., 2007).
٤. برنامج علاج سلوكي من ٨ جلسات.

نتائج الدراسة:

أظهرت الدراسة وجود تحسن ملحوظ لدى الطفلة في التحكم في أعراض اللازمات لديها، علاوة على ذلك تم ملاحظة الحفاظ على المكاسب العلاجية، ووجود تحسن في جودة الحياة خلال فترة المتابعة.

- **دراسة كابريوتي وآخرون (Capriotti et al. (2012**

عنوان الدراسة: مقارنة تأثيرات التعزيز الفارق للسلوك الآخر وتكلفة الاستجابة على احتمال حدوث اللازمات لدي شباب ذوي متلازمة توريت.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى مقارنة تأثير اثنين من أساليب العلاج على اللازمات وهما: تكلفة الاستجابة RC، التعزيز الفارق للسلوك الآخر DRO.

عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من(٤) أطفال يعانون من متلازمة توريت، تتراوح أعمارهم الزمنية من (١٣:٩) عام.

أدوات الدراسة:

١. مقياس يال العالمي لشدة اللازمة (YGTSS; Leckman et al., 1989).

٢. مقياس وكسلر المختصر للذكاء (WASI; Psychological Corporation, 1999).

٣. جدول المقابلة الرابع لاضطرابات القلق (ADIS; Silverman & Albano,1996).

نتائج الدراسة:

أسفرت نتائج الدراسة عن أن كلاً من تكلفة الاستجابة RC، التعزيز الفارق للسلوك الآخر DRO قد ساهما في خفض تكرار اللازمات، ولكنه لم يتضح أي أثار تفاضلية لأي أسلوب عن الآخر.

- **دراسة سبيكت وآخرون (Specht et al., (2012**

عنوان الدراسة: تأثيرات كبح اللازمة: القدرة على الكبح، الارتداد، التعزيز السلبي، التعود على المنبئات التحذيرية.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى قياس فاعلية مكونات أسلوب التدخل السلوكي الشامل للازمات في خفض معدل حدوث اللازمات، مع بيان وجود عواقب عكسية من عدمه.

عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من (١٢) طفل ومراهق ذوي متلازمة توريت تتراوح أعمارهم الزمنية من (١٠ : ١٧) عام.

أدوات الدراسة:

١. مقياس يال العالمي لشدة اللازمة (YGTSS, Leckman al., 1989).
٢. مقياس وكسلر المختصر للذكاء (WASI, Wechsler., 1999).
٣. مقياس المنبئات التحذيرية للازمة (PUTS, Woods, Piacentini, Himle, & Chang, 2005).
٤. جدول المقابلة الرابع لاضطرابات القلق (Silverman & Albano, 2002).

نتائج الدراسة:

أظهرت نتائج الدراسة أن وجود بيئات مساعدة لكبح اللازمة يؤدي إلى انخفاض في معدل حدوث اللازمات بدون وجود عواقب عكسية.

- **دراسة جرين وآخرون (2014) ,.Greene et al**

عنوان الدراسة: مكافأة نمو كبح اللازمة عند الأطفال في غضون أشهر من بدء ظهور اضطراب اللازمة.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى قياس أثر استخدام المكافأة والتعزيز في اللازمات عند الأطفال حديثي الإصابة باضطراب اللازمة.

عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من (٢١) طفل (١٤ ذكور، ٧ إناث)، تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٥ : ١٤) عام، تم اكتشاف ظهور اللازمات لديهم خلال الستة أشهر الماضية، مع استثناء الأطفال المصابين بالاضطرابات العصبية الأخرى غير اللازمات، والصداع النصفي، التأخر العقلي، التوحد، الذهان، الهوس، الاكتئاب، الأطفال غير البارعين في استخدام اللغة الإنجليزية.

أدوات الدراسة:

١. قائمة كيدي للاضطرابات الوجدانية والفصام (K-SADS, Kaufman et al., 1997)
٢. مقياس يال العالمي لشدة اللازمة (YGTSS, Leckman et al., 1989)
٣. مقياس يال براون للوسواس القهري عند الأطفال (CYBOCS, Scahill et al., 1997)
٤. قائمة مراجعة سلوك الطفل (CBCL, Achenbach and Ruffle, 2000)
٥. مقياس تقييم اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (Barkley,1998)
٦. مؤشر الثقة التشخيصية (DCI, Robertson et al., 1999)
٧. البرنامج العلاجي (Greene et al., 2014)

نتائج الدراسة:

أظهرت النتائج أن هؤلاء الأطفال مثلهم مثل الأطفال ذوي متلازمة توريت واضطراب اللازمة المزمن، لديهم بعض القدرة على كبح اللازمات، وأن استخدام المكافآت الفورية يعزز من تلك القدرة. وبرهنت تلك النتائج على وجود تأثير للمكافأة على التحكم المثبط للازمة خلال شهور من ظهورها، قبل أن تصبح اللازمات مزمنة.

- **دراسة ماكجوير (2016) McGuire**

عنوان الدراسة: العلاج السلوكي مع شابة ذوي متلازمة توريت.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى خفض شدة عرض اللازمة باستخدام العلاج السلوكي، وذلك عند فتاة ذات اضطراب توريت تبلغ من العمر (١٤) عام، باستخدام برنامج مكون من (٢٠) جلسة بشكل أسبوعي باستخدام أسلوب التدريب بعكس العادة.

عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من فتاة تدعى (أرلين) تبلغ من العمر (١٤) عام تعاني من اضطراب توريت، وتبلغ شدة عرض اللازمة لديها درجة متوسطة، كما تسبب تلك الأعراض أضرار جسدية وأكاديمية واجتماعية.

أدوات الدراسة:

١. مقياس يال العالمي لشدة اللازمة (YGTSS, Leckman et al., 1989).

٢. إستبيان سوانسون، نولان، وبلهام (SNAP-IV, Swanson et al., 1992)

٣. البرنامج العلاجي (McGuire, 2016).

نتائج الدراسة:

أظهرت نتائج الدراسة عن وجود انخفاض ملحوظ في شدة عرض اللازمة والمشكلات الناتجة عنها، في القياس البعدي عقب انتهاء جلسات البرنامج العلاجي.

- **دراسة كابريوتي وآخرون Capriotti et al., (2017)**

عنوان الدراسة: مقارنة بين نظام جداول التعزيز الفارق الثابت للسلوك الآخر و التعزيز الفارق التدريجي للسلوك الآخر في كبح اللازمة لدى شباب ذوي اضطرابات اللازمة المزمن.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى قياس أثر استخدام أسلوب التعزيز الفارق التدريجي للسلوك الآخر (DRO-P)، أسلوب التعزيز الفارق الثابت للسلوك الآخر (DRO-F)، والمقارنة بين كلاهما في خفض معدل اللازمات.

عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من (٤) مراهقين (٣ ذكور، فتاة واحدة)، تتراوح أعمارهم الزمنية من ١٠ أعوام و٧ شهور إلى ١٦ عام و ٥شهور، يعانون من اضطرابات اللازمة المزمن.

أدوات الدراسة:

١. مقياس يال العالمي لشدة اللازمة (YGTSS, Leckman al., 1989)
٢. مقياس وكسلر المختصر للذكاء (WASI, Wechsler., 1999).
٣. المقابلة العصبية النفسية المصغرة الدولية للأطفال والمراهقين (MINI-Kid, Sheehan et al., 2010).
٤. استمارة التركيبة السكانية.
٥. البرنامج العلاجي.

نتائج الدراسة:

أظهرت النتائج أن كلا النظامين من جداول التعزيز الفارق للسلوك الآخر DRO أظهرت انخفاض في معدل حدوث اللازمات، وزيادة في الفترة الفاصلة بين حدوث اللازمة والآخرى، ولكن لم تشاهد أي فروق منهجية بين الجدولين على أي بعد من حالات حدوث اللازمة.

- **دراسة بلونت وآخرون (2017) ,. Blount et al**

عنوان الدراسة: التدخل السلوكي الشامل المكثف للازمات مع المرضى الخارجيين

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى ضغط جلسات برنامج التدخل السلوكي الشامل للازمات خلال مدة أسبوع واحد فقط للتغلب على بعض العوائق الناتجة عن طول مدة البرنامج المعتادة.

عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من ٥ أشخاص (٣ ذكور، ٢ إناث) ذوي متلازمة توريت، تتراوح أعمارهم الزمنية من ١٠.٥ أعوام إلى ٢٦.٩ عام بمتوسط عمر زمني ١٧.٨ عام، مع معدل ذكاء متوسط على مقياس وكسلر للذكاء.

أدوات الدراسة:

١. مقياس يال العالمي لشدة اللازمة (YGTSS, Leckman al., 1989).
٢. مقياس وكسلر المختصر للذكاء (WASI, Wechsler., 1999).
٣. مقياس يال براون للوسواس القهري (YBOCS, Goodman et al., 1989).

٤. مقياس تحسن الانطباع الإكلينيكي العالمي (CGI; Guy, 1976).
٥. قائمة الاضطرابات الوجدانية والفصام للأطفال في سن المدرسة–الحاضر ومدى الحياة (K-SADS-PL, Kaufman et al., 1997).

نتائج الدراسة:

أظهرت النتائج لدى (٤ من ٥) مشاركين في الدراسة عن وجود انخفاض ذات دلالة إكلينيكياً على مقياس يال العالمي لشدة اللازمة في القياس البعدي بمقدار ١١.٥ درجة، ومن بين المشاركين الثلاثة الذين أكملوا شهر تقييم متابعة وجد لدى اثنان منهم تحسن واستمرار في الانخفاض على مقياس يال العالمي لشدة اللازمة.

تعقيبا عام على الدراسات السابقة

من خلال استعراض ما أمكن الحصول عليه من الدراسات السابقة، نجد أنها ألقت الضوء على كثير من الجوانب التي قد تفيد الباحث في دراسته الحالية، وسوف يتناول الباحث هذه الدراسات بالمناقشة في ضوء المعايير التالية:

١. الأساليب العلاجية.
٢. العينة.
٣. الأدوات.
٤. النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة.

ويتضح ذلك فيما يلي:

١. الأساليب العلاجية.

أ– من خلال استعرض الدراسات السابقة، اتضح أن الباحثين استخدموا العديد من الطرق والأساليب لعلاج اللازمات الحركية ما بين (برامج العلاج السلوكي – برامج العلاج السلوكي المعرفي – برامج التدخل السلوكي الشامل – برامج العلاج بالتقبل والالتزام – برامج العلاج بعكس العادة – برامج إرشادية) كما يتضح ذلك في دراسات بلونت وآخرون (Blount et al ., (٢٠١٧، وودز وآخرون (Woods et al., (2003، فرانكلين وآخرون (Franklin et al ., (2011، كابريوتي وآخرون (Capriotti et al., (2012، وودز ولويسلي Woods and Luiselli (2007) ، ماكجوير McGuire (2016)، كلارك وآخرون Clarke et al., (2001)، وودز وآخرون Woods et al ., (1996)، جرين وآخرون Greene et al., (2014)، سبيكت وآخرون Specht et al., (2012)، وتضمنت بعض الدراسات جهود الباحثين في مجال علاج اللازمات عند ذوي متلازمة توريت وباقي اضطرابات اللازمة الأخرى، والتي ألقت بعض الضوء

على مدى فائدة استخدام أسلوب العلاج السلوكي أو التدخل السلوكي للحد من حدوث اللازمات الحركية عند الأطفال ذوي متلازمة توريت وباقي اضطرابات اللازمة، إلا أنه لا توجد دراسة عربية – في حدود علم الباحث – استخدمت فنيات سلوكية لعلاج اللازمات سواء الحركية منها أو الصوتية عند الأطفال أو البالغين.

ب- أكدت معظم الدراسات التي تناولت العلاج السلوكي للازمات الحركية على إمكانية تحقيق هذا الأسلوب تحسن مع ذوي اضطرابات اللازمة وخاصة ذوي متلازمة توريت، كما يتضح في دراسة بلونت وآخرون (٢٠١٧) Blount et al .,، فرانكلين وآخرون Franklin et al ., (2011)، كابريوتي وآخرون (2012) Capriotti et al.,، وودز ولويسلي Woods and Luiselli (2007) ، ماكجوير (2016) McGuire، كلارك وآخرون (2001) Clarke et al، جرين وآخرون (2014) Greene et al.,.

٢. **العينة.**

أ- من خلال استعراض الباحث الدراسات السابقة، وجد الباحث اختلاف وتباين في حجم العينة من دراسة إلى أخرى، ففي دراسة سبيكت وآخرون (2012) Specht et al., (ن= ١٢)، دراسة كلارك وآخرون (2001) Clarke et al_., (ن= ٤)، دراسة كابريوتي وآخرون (2017) Capriotti et al., (ن= ٤)، دراسة فيلدمان وآخرون (2011) Feldman et al., (ن= ١)، دراسة جرين وآخرون (2014) Greene et al., (ن= ٢١).

ب- قد استفاد الباحث من العرض السابق لعينة الدراسات السابقة في تحديد حجم العينة في الدراسة الحالية وهي طلاب المرحلة الابتدائية من (٩-١٢) عام من الجنسين، ومادفع الباحث لاختيار هذه المرحلة العمرية هو أن الدراسات في هذه المرحلة العمرية قليلة خاصة الدراسات التدخلية مقارنة ببقية المراحل العمرية الأخرى.

٣. **الأدوات.**

أ- ساعدت الدراسات السابقة الباحث في تحديد الأساليب العلاجية السلوكية المستخدمة في علاج اللازمات الحركية لدى ذوي متلازمة كأحد أنواع اضطراب اللازمة والتي أسهمت في تكوين ووضع البرنامج العلاجي الخاص بهذه الرسالة، كما هو في دراسة سبيكت وآخرون (2012) Specht et al., والتي تضمن الفنيات السلوكية (الاسترخاء، التعزيز، الاستجابة المنافسة)، دراسة فيلدمان وآخرون (2011) Feldman et al., و دراسة وودز ولويسلي Woods and Luiselli (2007) والتي تضمنتا فنيات أسلوب العلاج السلوكي التدريب بعكس العادة HRT (التدريب على الوعي، الدعم الاجتماعي، الاستجابة المنافسة).

ب- كما ساعدت الدراسات السابقة الباحث في اختيار مقياس يال العالمي لشدة اللازمة لقياس شدة اللازمة لدى أطفال العينة قبل وبعد البرنامج.

ت- كما استقر الباحث على مقياس ستانفورد بينيه الصورة الخامسة إعداد صفوت فرج (٢٠١١) لتحديد درجة الذكاء لدى أفراد عينة الدراسة.

٤. **النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة.**

أ- أوضحت الدراسات السابقة أن اللازمات الحركية لدى ذوي متلازمة توريت وباقي اضطرابات اللازمة تؤثر وبشكل واضح على شتى جوانب الحياة المختلفة للطفل المصاب بها، فنجد أنها تؤثر بشكل سلبي على الثقة بالذات لدى هؤلاء الأطفال، كما نجدهم أقل تفاعلاً اجتماعياً ويميلون إلى العزلة تجنباً لإظهار تلك اللازمات أمام أقرانهم وتحاشياً للسخرية، كما نجد لها آثار سلبية على التحكم بالغضب لدى هؤلاء الأطفال، كما أنها تكون مقرونة في معظم الأوقات باضطرابات ومشكلات أخرى مثل اضطراب الوسواس القهري OCD واضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط الحركة ADHD وصعوبات التعلم. ويعتبر العلاج السلوكي أحد أهم الأساليب العلاجية وأكثرها فاعلية في علاج اللازمات الحركية والحد من حدوثها خاصة لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت وباقي اضطرابات اللازمة، وقد اتضح ذلك من خلال الدراسات التي تم عرضها، وقد استفاد الباحث من بعض تلك الدراسات في بناء برنامج تعديل السلوك مثل دراسة فيلدمان وآخرون Feldman et al., (2011)، دراسة وودز ولويسلي Woods and Luiselli (2007)، دراسة سامار وآخرون Samar et al., (2013)، دراسة إيبن وآخرون Eapen et al. (2016)، دراسة ماكجوير McGuire (2016).

ب- كما استفاد الباحث أيضاً من فنيات العلاج السلوكي المستخدمة في تلك الدراسات، وهي التدريب بعكس العادة – التعزيز – الواجب المنزلي – الملاحظة – المناقشة والحوار المفتوح – المكافأة السلوكية – الاسترخاء – الاستجابة المتنافسة – النمذجة – التغذية الراجعة.

- **فروض الدراسة**

١. توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمقياس يال العالمي لشدة اللازمة في اتجاه القياس البعدي بعد تطبيق برنامج الدراسة.

٢. لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس يال العالمي لشدة اللازمة.

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

- تمهيد.

أولاً: منهج الدراسة.

ثانياً: عينة الدراسة.

- ثالثاً: أدوات الدراسة.
- رابعاً: خطوات الدراسة.
- خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة.

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

تمهيد:

تناولت الدراسة الحالية فاعلية برنامج تعديل سلوك وأثره على خفض معدل اللازمات الحركية لدى أطفال ذوي متلازمة توريت، ويتناول الباحث في الفصل الحالي الخطوات الإجرائية التي اتبعها من أجل إعداد الأدوات اللازمة للقياس، ويتضمن اختيار عينة الدراسة الأساسية من حيث طريقة اختيارها، وحجمها، ووصفاً للأدوات المستخدمة في اختيار عينة الدراسة الأساسية، وللبرنامج التدريبي المعد للدراسة من حيث: (الأهداف– المحتوى– الجلسات– إجراءات التنفيذ). كما يتضمن توضيحاً لإجراءات تطبيق الدراسة الأساسية والأساليب الإحصائية المستخدمة وفيما يلي شرح ذلك بالتفصيل.

أولاً: منهج الدراسة:–

نظراً لأن الدراسة تهدف إلى قياس أثر استخدام برنامج تعديل سلوك في خفض معدل اللازمات الحركية لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت فقد اعتمدت الدراسة الحالية على استخدام المنهج شبه التجريبي Quasi-Experimental Design الذي يقوم على دراسة العلاقة بين المتغير المستقل Independent Variable (برنامج تعديل السلوك) والمتغير التابع Dependent Variable (اللازمات الحركية)، وقد استخدم الباحث التصميم ذو المجموعة الواحدة مع القياس القبلي– البعدي، حيث يتم إجراء القياس القبلي للمجموعة التجريبية بعد التأكد من التكافؤ من متغيري السن والذكاء والمتغير محل الدراسة (اللازمات الحركية) لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت، وبعد ذلك يقوم الباحث بتعريض المجموعة التجريبية للعامل التجريبي (المستقل) وهو البرنامج، وبعد الانتهاء من تنفيذ جلسات البرنامج يتم إجراء قياس بعدي لنفس المتغير، وبعد ذلك يتم مقارنة نتائج القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية، وبعد فترة يتم إجراء القياس التتبعي للمجموعة التجريبية للتأكد من استمرار أثر البرنامج.

ثانياً: عينة الدراسة:–

١) العينة الأولية للبحث:

بلغ عدد أفراد العينة الأولية للبحث (١٥) طفل وطفلة من الأطفال المترددين على عيادة قسم الأطفال بمستشفى بورسعيد للصحة النفسية، ومن الأطفال الملتحقين بالصف الرابع والخامس والسادس بمدرسة ٦ أكتوبر الابتدائية ببورسعيد، وذلك في الفترة من سبتمبر ٢٠١٦ إلى يناير ٢٠١٧.

٢) خطوات اختيار عينة الدراسة الأساسية:

نظراً للصفات والطبيعة الخاصة التي يتميز بها الأطفال ذوي متلازمة توريت، فأنه تم تحديد أفراد عينة الدراسة الحالية في ضوء خطة تشخيصية متعددة المراحل، باستخدام مجموعة من الاختبارات والمقاييس المقننة، ويمكن تلخيصها في الخطوات التالية:

١. قام الباحث بملاحظة الأطفال المترددين على عيادة قسم الأطفال والمراهقين بمستشفى بورسعيد للصحة النفسية لمدة (٥) أشهر، وذلك لحصر الأطفال ذوي متلازمة توريت.
٢. قام الباحث بإجراء محاضرة تعريفية بمتلازمة توريت، وتم عرضها على المعلمين والمعلمات والأخصائيين الاجتماعيين في المدرسة، وتم شرح تعريف المتلازمة وأعراضها وكيفية تشخيصها، وذلك بهدف توعيتهم من أجل التعرف بسهولة على هؤلاء الأطفال.
٣. تم عرض الأطفال عينة الدراسة على طبيب استشاري طب نفسي للتأكد من تشخيص الأطفال، واستبعاد الاضطرابات العصبية الأخرى.
٤. تم استبعاد الأطفال ذوي الإعاقات الحسية والجسدية، وتم استبعاد طفل واحد؛ وبذلك أصبحت العينة (ن= ١٤).
٥. تم تطبيق مقياس ستانفورد بينيه الصورة الخامسة إعداد/ صفوت فرج (٢٠١١) على عينة (ن= ١٤) طفل وطفلة، وبعد تصحيح الاختبار تم استبعاد الأطفال الذين حصلوا على درجة ذكاء أقل من ٩٠ درجة، وتم استبعاد طفلة واحدة، وبذلك أصبحت العينة (ن=١٣).
٦. تم استبعاد الأطفال الذين يتناولون عقاقير دوائية لعلاج اللازمات الحركية لديهم، وتم استبعاد طفل واحد، وبذلك أصبحت العينة (ن= ١٢).

٣) حجم عينة الدراسة الأساسية:

تكونت عينة الدراسة الأساسية من (١٢) طفل وطفلة (٩ ذكور، ٣ إناث) من الأطفال ذوي متلازمة توريت.

٤) ضبط المتغيرات المؤثرة في الدراسة:

أ- من حيث العمر الزمني:

يتراوح العمر الزمني لأفراد العينة في المجموعة التجريبية من ٩: ١٢ عام.

ب- من حيث متغير الذكاء:

تتراوح درجات ذكاء أفراد العينة بالمجموعة التجريبية على مقياس ستانفورد بينيه للذكاء – الصورة الخامسة (تعريب وتقنين/ صفوت فرج، ٢٠١٠) من (٩٠ : ١١٠) درجة.

ثالثاً: أدوات الدراسة:-

١. مقياس ستانفورد بينيه الصورة الخامسة. (إعداد/ صفوت فرج، ٢٠١١)

٢. مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة. (إعداد/ عبدالعزيز الشخص، ٢٠٠٦)
٣. مقياس يال العالمي لشدة اللازمة. Leckman et al (1989) (تعريب/ الباحث)
٤. برنامج تعديل سلوك لخفض معدل اللازمات الحركية. (إعداد/ الباحث)

١) مقياس ستانفورد بينيه الصورة الخامسة. (إعداد/ صفوت فرج، ٢٠١١)

صدرت الصورة الخامسة لستانفورد بينيه عام (٢٠٠٣) بعد سبعة عشر عاماً من صدور الصورة الرابعة وأصدرها البروفيسور جال رويد Gale Roid رئيس قسم القياس النفسي والتربوي وأستاذ التربية الخاصة بجامعة فاندربيلت بمدينة ناشفيل بولاية تنسى الأمريكية مدعمة و مؤكدة لذلك التزاوج بين النظرية وأسلوب القياس، مضيفة في الوقت نفسه من عدد العوامل المعرفية التي يقيسها الاختبار لتكون خمسة بدلاً من أربعة في الصورة السابقة، معتمدة بشكل واضح على نظرية كاتل وهورن وكارل (CHC)، ومفصلة في أنواع التقديرات التي يمكن الخروج بها من الاختبار، فبدلاً من الاقتصار على نسبة الذكاء الكلية ونسبتي الذكاء اللفظية وغير اللفظية فقط، يمكن الخروج منها بخمسة مؤشرات عامليه أخرى يعبر عنها في صورة درجات انحرافيه ذات متوسط (١٠٠) وانحراف معياري (١٥) لكل عامل من العوامل الخمسة التي يقيسها الاختبار.

١) وقد وقع الاختيار على هذه الأداة دون غيرها للاعتبارات التالية:

أ- أنه من أحدث المقاييس التي تهتم بقياس القدرة العقلية العامة للطفل.

ب- تمكن الباحث من تطبيقه بالشكل السليم وذلك بالالتحاق بدورة تدريبية.

ج- أنه طبق في عام (٢٠١٠) على البيئة المحلية والعربية حيث تم إعداد فريق بحث مكون من (٩٧) أخصائي نفسي تم تدريبهم بشكل جيد، وتم اختيارهم من معظم محافظات جمهورية مصر العربية وقسمت محافظات مصر السبع والعشرين إلى خمس مناطق حتى تكون العينة ممثلة للمجتمع المصري.

د- استخدم في تقنين الاختبار في المجتمع المصري عينة عشوائية يبلغ حجمها الإجمالي (٣٦٥٠) مفحوص تمتد أعمارهم بين عامين وأكثر من (٧٠) عاماً وهى عينة ممثلة مسحوبة بناء على بيانات التعداد السكاني الحكومي الأخير (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠٠٩) في ضوء نسب التمثيل الفعلية للذكور والإناث، والتوزيع الجغرافي والريف والحضر والأعمار.

هـ. يتميز ستانفورد- بينه الخامس بأنه يستغرق وقتا قليلا في تطبيقه مقارنة ببطاريات الذكاء الأخرى، ويرجع ذلك إلى الخاصية الفريدة فيه وهى الاختبارات المدخلية والتي تتيح للمفحوص أن يبدأ من مستوى مقارب لقدراته متجاوزا المستويات التي تقل عن قدرته المقدرة.

٢) وصف الاختبار: يتكون ذلك المقياس من مجالين هما المجال اللفظي وغير اللفظي، ويحتوي كل مجال من هذه المجالات علي خمسة عوامل هي: الاستدلال التحليلي، والمعلومات، والاستدلال الكمي، والمعالجة البصرية المكانية، والذاكرة العاملة، ويتكون هذين المجالين من عشرة اختبارات فرعية خمسة منها غير لفظي والأخرى لفظي، فالاختبارات الفرعية غير اللفظية تتكون من الاستدلال التحليلي غير اللفظي والذي يضم علي مختلف مستوياته مجموعة من الأنشطة كسلاسل الأشياء والمصفوفات، بينما تتعلق المعرفة العامة غير اللفظية بعدد من الأنشطة التي تتدرج في صعوبتها كلما ارتفع مستوى المفحوص، فيشمل ذلك الاختبار الفرعي المعرفة الإجرائية ثم تليها سخافات الصور، أما الاستدلال الكمي غير اللفظي فيحتوي على بنود خاصة بفهم الكميات والأعداد، وتتضمن المعالجة البصرية المكانية غير اللفظية لوحة الأشكال وتليها في مستويات أكثر صعوبة أنماط الأشكال، بالإضافة إلى الذاكرة العاملة غير اللفظية، وإذا ما انتقلنا إلى الجانب اللفظي نجد أنه يتكون من نفس الاختبارات الفرعية الغير لفظية مع اختلاف الأنشطة التي تقدم داخل كل اختبار فرعي فنجد أن الاستدلال التحليلي اللفظي يتكون من الاستدلال المبكر ثم يتبعه السخافات اللفظية الكلاسيكية ثم يليهما التشابه اللفظي، وتشتمل المعرفة العامة اللفظية على المفردات وتعريفات للكلمات وهي من الأنشطة الكلاسيكية، ويتكون الاستدلال الكمي اللفظي من التعبير اللفظي عن الكميات ومفاهيم الأعداد وتقدير وتقييم الخصائص الهندسية للأشياء، وتعبر المعالجة البصرية المكانية اللفظية عن المشكلات المكانية التي تتطلب تفسيراً للمواقع والاتجاهات بالإضافة إلى التحديد اللفظي الدقيق للعلاقات المكانية في الصور، ويشتمل الاختبار الفرعي اللفظي للذاكرة العاملة على ما يعرف بمدى المكعبات ثم تزداد أنشطة هذا الاختبار الفرعي صعوبة فتظهر ذاكرة الجمل والتي تتطلب إعادة جملة معينة ثم يليها ذاكرة الكلمة الأخيرة والتي تتطلب ذكر الكلمة الأخيرة في كل فقرة من فقرات النص.

وكل من تلك الاختبارات الفرعية يتكون من عدد من المستويات فينقسم الاختبار الفرعي غير اللفظي إلى ستة مستويات (٦:١)، بينما يقسم الاختبار الفرعي اللفظي إلى خمسة مستويات (٦:٢) حيث يعد اختبار المفردات المدخلي شاملاً للمستوى الأول.

عادة ما يستغرق تطبيق الاختبار كاملا بين ١٥ – ٧٥ دقيقة اعتمادا على عمر المفحوص ومستوى قدرته، ويستغرق تطبيق الصورة غير اللفظية وحدها حوالي ٣٠ دقيقة وبالمثل الصورة اللفظية، أما الصورة المختصرة فتتراوح فترة تطبيقها بين ١٥–٢٠ دقيقة فقط.

أما تصحيح الاختبار فيتم خلال مرحلة التطبيق وهى خاصية تتسم بها اختبار الذكاء الفردية على وجه الخصوص.

٣) صدق وثبات المقياس: تتميز الطبعة الخامسة من ستانفورد بينيه بدرجة ثبات مرتفعة حيث تراوحت ما بين (٠,٩٨:٠,٩١) في المتوسط وذلك بالنسبة لنسبة الذكاء الكلية ونسبة الذكاء الغير لفظية ونسبة الذكاء اللفظية ونسبة ذكاء الصورة المختصرة، ويبلغ متوسط ثبات مؤشرات العوامل الخمسة (٠,٩٠) أو أكثر، بينما تصل معدلات ثبات المقاييس العشرة إلى (٠,٨٤) أو أكثر؛ ولقد حظيت الصور السابقة لهذا الاختبار بعدد هائل من دراسات الصدق، ونظراً للتداخل الكبير بين الصورة الحالية وسابقتها، فإن دلالات الصدق السابقة يمكن أن تعد دلالات صدق للصورة الحالية وهى تتراوح من(٠,٨٢: ٠,٩٧).

٢) مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (إعداد/ عبدالعزيز الشخص، ٢٠٠٦):

أعد هذا المقياس عبدالعزيز السيد الشخص (٢٠٠٦)، ويتضمن سبع مستويات اجتماعية اقتصادية هي: منخفض جداً، منخفض، دون المتوسط، متوسط، فوق المتوسط، مرتفع، مرتفع جداً.

يعتمد المقياس في تحديد هذه المستويات على خمسة متغيرات هي: متوسط دخل الفرد في الشهر، مستوى تعليم الأب، وظيفة الأب، مستوى تعليم ربة المنزل، وظيفة ربة المنزل ويتضمن المقياس تصنيفاً للمتغيرات السابقة كما يلي:

أ. بعد الدخل ويتضمن سبع مستويات.

ب. بعد الوظيفة ويتضمن تسع مستويات.

ت. بعد التعليم ويتضمن ثمان مستويات.

كما يعتمد المقياس في تحديد المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة على مؤشرات يتفق عليها لتحديد هذه المستويات، وتم التعبير عنها في صورة أرقام وذلك وفقاً للمعادلة التالية:

ص= ٠.٠٧٣ + (٠.٢٦٤) س١ + (٠.٢٨٤) س٢ + (٠.١٠٢) س٣ + (٠.١٦٠) س٤ + (٠.١٢٥) س٥.

مع التقريب لرقم عشري واحد ثم ضرب الناتج ص X ١٠ وعلى ذلك تصبح الدرجات المحددة للمستوى الاجتماعي الاقتصادي متصلة من (١٠-٧٧).

حيث تعبر ص عن المستوى الاجتماعي الاقتصادي المطلوب.

٠.٠٧٣: مقدار ثابت

٠.٢٦٤: معامل انحدار البعد الأول س١= متوسط دخل الفرد في الشهر

٠.٢٨٤ : معامل انحدار البعد الثاني   س٢= وظيفة رب الأسرة

٠.١٠٢ : معامل انحدار البعد الثالث   س٣= مستوى تعليم رب الأسرة

٠.١٦٠ : معامل انحدار البعد الرابع   س٤= وظيفة ربة الأسرة

٠.١٢٥ : معامل انحدار البعد الخامس س٥= مستوى تعليم ربة الأسرة

٣) مقياس يال العالمي لشدة اللازمة.(Leckman et al (1989

Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS)   (تعريب/ الباحث)

- **الهدف من المقياس:**

يهدف هذا المقياس إلى تقصي وجود لازمات حركية أو صوتية لدى الحالة، مع تقصي تاريخ حدوث، مع قياس شدة تلك اللازمات سواء الحركية أو الصوتية.

- **وصف المقياس:**

يعتبر مقياس يال العالمي لشدة اللازمة (YGTSS)، أداة قياسية لشدة اللازمة في اضطرابات اللازمة (TD). وهو مقياس نفسي يهدف إلى التعرف على أعراض الاضطرابات المتعلقة بالانتباه والاندفاعية، مثل اضطراب اللازمة، متلازمة توريت، واضطراب الوسواس القهري. ويعتبر مقياس يال العالمي لشدة اللازمة (YGTSS) الأكثر انتشاراً وشيوعاً لقياس شدة اللازمات، وهو مقابلة إكلينيكية شبه منظمة تقيس شدة اللازمات والضرر خلال الأسبوع الماضي (Abramovitch et al., 2014).

وقد قام ليكمان زملاؤه (Leckman et al, 1989) لمعالجة أوجه القصور في المقاييس السابقة بوضع مقياس يال العالمي لشدة اللازمة (YGTSS). ويعتبر المقياس أداة تقييم إكلينيكية لقياس طبيعة اللازمات الحركية والصوتية خلال الأسبوع الماضي. يقوم الفاحص في البداية بتدوين ملاحظاته على وجود اللازمات الحركية والصوتية استنادا إلى كلام الوالدين والملاحظة السلوكية للطفل.

عقب ذلك، يقوم الفاحص بتقييم شدة اللازمات الحركية والصوتية في خمسة أبعاد منفصلة لكل منها وهي: العدد، والتكرار، والشدة، والتعقيد، والتداخل.

كما يتضمن مقياس يال العالمي لشدة اللازمة (YGTSS) أيضاً تقدير منفصل للضرر يركز على الكرب والضرر الذي مر به الحالة في النواحي الشخصية والأكاديمية والمهنية.

- **طريقة التصحيح وتقدير الدرجات:**

يتم الحصول على خمس مؤشرات للدرجات: مجموع شدة اللازمات الحركية، مجموع شدة اللازمات الصوتية، مجموع نقاط شدة اللازمة، التقييم العام للضرر، مجموع نقاط مقياس يال العالمي لشدة اللازمة. يتم اشتقاق مجموع نقاط اللازمات الحركية من إضافة الخمسة أبعاد التي تخص اللازمات الحركية (تتراوح من ٠–٢٥ نقطة)؛ يتم اشتقاق مجموع نقاط اللازمات الصوتية من إضافة الخمسة أبعاد التي تخص

اللازمات الصوتية (تتراوح من ٠–٢٥ نقطة)؛ يتم اشتقاق مجموع نقاط شدة اللازمة من إضافة مجموع نقاط اللازمات الحركية مع مجموع نقاط اللازمات الصوتية (تتراوح من ٠–٥٠ نقطة)؛ وبشكل شامل فانه يتم تقدير درجة الضرر حيث أن درجة ٠ (لا يوجد ضرر) ودرجة ٥٠ (ضرر حاد). وفي النهاية يتم اشتقاق مجموع نقاط مقياس يال العالمي لشدة اللازمة عن طريق إضافة مجموع نقاط شدة اللازمة مع نقاط درجة الضرر (E. a Storch et al., 2005).

كما تسرد قائمة فحص الأعراض في مقياس يال العالمي لشدة اللازمة YGTSS أعراض (٤٦) اضطراب لازمة، تشتمل على (١٢) لازمة حركية بسيطة (مثل: الرمش)، (١٩) لازمة حركية مركبة (مثل: إيماءات الوجه)، (٧) لازمات صوتية بسيطة (مثل: الكحة)، (٨) لازمات صوتية مركبة (مثل: الكلمات)، مع وجود هذه العناصر الأربعة يوجد في كل منها بند (أعراض أخرى) (Kircanski et al., 2010).

و كل اللازمات الحركية والصوتية يتم تقديرها من حيث العدد، التكرار، الشدة، التداخل على مقياس متدرج الدرجات من ٠ – ٥ درجات (بشكل منفصل للازمات الحركية والصوتية) (Abramovitch et al., 2014).

- **زمن المقياس:**

يتم تطبيق المقياس على جلستين، الجلسة الأولى أخذ بيانات عن الطفل من الأهل وملاحظته خلال الجلسة، ثم بعدها بأسبوع تكون الجلسة الثانية لتقييم درجات المقياس ويستغرق عادة (١٠) دقائق.

- **الخواص السيكومترية للمقياس:**

طبق هذا المقياس على عينة تتكون من (١٨) طفل (١١ذكور، ٧إناث)، وقد تم اختيار عينة التقنين بطريقة عشوائية، وقد تم التأكد من:

ب– صدق المقياس:

للتحقق من صدق المقياس تم استخدام صدق المحكمين، والاتساق الداخلي.

١) صدق المحكمين:

قام الباحث بعرض المقياس على مجموعة من الأساتذة المتخصصين في مجال الطب النفسي والصحة النفسية وعلم النفس، بلغ عددهم (٩) محكمين.

جدول رقم (٤)

معاملات الاتفاق بين المحكمين لعبارات مقياس يال العالمي لشدة اللازمة

معامل اتفاق علاقة العنصر بالموضوع	معامل اتفاق وضوح المحتوى	العنصر	معامل اتفاق علاقة العنصر بالموضوع	معامل اتفاق وضوح المحتوى	العنصر
التكرار			العدد		
٠.٨٩	١	العنصر ١	١	٠.٨٩	العنصر ١
٠.٨٩	٠.٧٨	العنصر ٢	١	٠.٨٩	العنصر ٢
٠.٨٩	٠.٧٨	العنصر ٣	١	٠.٨٩	العنصر ٣
٠.٧٨	٠.٧٨	العنصر ٤	١	٠.٨٩	العنصر ٤
٠.٧٨	٠.٧٨	العنصر ٥	٠.٦٧	٠.٨٩	العنصر ٥
٠.٦٧	٠.٦٧	العنصر ٦	٠.٧٨	٠.٨٩	العنصر ٦
التعقيد			الشدة		
١	١	العنصر ١	٠.٨٩	٠.٨٩	العنصر ١
٠.٧٨	٠.٨٩	العنصر ٢	٠.٨٩	٠.٨٩	العنصر ٢
٠.٨٩	٠.٨٩	العنصر ٣	٠.٧٨	٠.٧٨	العنصر ٣
٠.٨٩	٠.٨٩	العنصر ٤	٠.٨٩	٠.٨٩	العنصر ٤
٠.٧٨	٠.٨٩	العنصر ٥	١	٠.٨٩	العنصر ٥
٠.٧٨	٠.٧٨	العنصر ٦	٠.٦٧	٠.٧٨	العنصر ٦
الضرر			التداخل		
٠.٨٩	٠.٨٩	العنصر ١	٠.٨٩	٠.٨٩	العنصر ١
١	٠.٧٨	العنصر ٢	٠.٨٩	٠.٨٩	العنصر ٢
٠.٨٩	٠.٧٨	العنصر ٣	٠.٦٧	٠.٨٩	العنصر ٣
٠.٨٩	٠.٨٩	العنصر ٤	٠.٨٩	٠.٨٩	العنصر ٤
٠.٨٩	٠.٨٩	العنصر ٥	١	٠.٨٩	العنصر ٥
١	٠.٧٨	العنصر ٦	٠.٨٩	٠.٧٨	العنصر ٦

جدول رقم (٥)

معامل اتفاق صدق المحتوى لكل محكم

معامل اتفاق ثبات المحتوى	المحكمين
٠.٨٦	المحكم ١
٠.٨٩	المحكم ٢
٠.٨٧	المحكم ٣
٠.٨٧	المحكم ٤
٠.٩	المحكم ٥
٠.٩	المحكم ٦
٠.٨٨	المحكم ٧
٠.٨٩	المحكم ٨
٠.٨٨	المحكم ٩
٠.٨٨	مجموع معامل اتفاق ثبات المحتوى لكل المحكمين

٢) 2- الاتساق الداخلي Internal Consistency

قام الباحث بإيجاد مصفوفة معاملات الارتباط بين درجات الأفراد على أبعاد المقياس والدرجة الكلية له، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (٦)

معاملات الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس يال العالمي

(ن = ١٨)

البعد	شدة اللازمات الحركية	شدة اللازمات الصوتية	الدرجة الكلية لشدة اللازمة	الضرر	الدرجة الكلية للمقياس
شدة اللازمات الحركية	–				
شدة اللازمات الصوتية	0.327	–			

الدرجة الكلية لشدة اللازمة	0.581	0.513	–		
الضرر	0.487	0.593	0.539	–	
الدرجة الكلية للمقياس	0.684	0.672	0.634	0.704	–

مستوى الدلالة عند (0.01) = 0.398 مستوى الدلالة عند (0.05) = 0.309

يتضح من الجدول السابق أن جميع قيم معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) باستثناء معامل الارتباط بين بعدى شدة اللازمات الحركية والصوتية فهو دال عند مستوى دلالة (0.05).

ت– ثبات المقياس:

لحساب ثبات المقياس تم استخدام طريقة ألفا – كرونباخ، وطريقة التجزئة التصفية لسبيرمان براون حيث تم تقسيم العبارات إلى نصفين (العبارات الفردية / العبارات الزوجية) ثم حساب معامل الارتباط بين النصفان وتصحيح هذا المعامل من أثر الطول (في حالة ما إذا كان النصفان غير متساويين في الطول أي عدد العبارات) باستخدام معادلة سبيرمان براون، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (٧)

قيم معاملات الثبات لمقياس يال العالمي لشدة اللازمة

بطريقة ألفا – كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية

(ن = ١٨)

الأبعاد	ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية
الدرجة الكلية لشدة اللازمة	0.708	0.817
الضرر	0.825	0.829
الدرجة الكلية للمقياس	0.842	0.851

يتضح من الجدول السابق أن جميع قيم معاملات الثبات مرتفعة، مما يجعلنا نثق في ثبات المقياس.

٤) برنامج تعديل السلوك لخفض معدل اللازمات الحركية. (إعداد/ الباحث)

بناء على إطلاع الباحث على التراث النظري، والدراسات السابقة، الخبرة العملية للباحث كمعالج سلوكي، وبناء على ندرة الأبحاث العربية في هذا الموضوع إن لم يكن هذا البحث هو الأول من نوعه في الوطن العربي (في حدود علم الباحث) فقد اتضحت أهمية العمل على إيجاد برامج علاج سلوكي للتعامل مع اللازمات الحركية مع الأطفال ذوي اضطراب اللازمة بشكل عام، والأطفال ذوي متلازمة توريت بشكل

خاص، وهذه الأهمية ناتجة من الفائدة التي تعود على هؤلاء الأطفال من علاج اللازمات لديهم في معظم نواحي حياتهم عامة وجميع النواحي الاجتماعية والنفسية وجودة الحياة خاصة.

هدف البرنامج:

خفض معدل حدوث اللازمات الحركية لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت.

تصميم البرنامج:

من أجل تصميم البرنامج قام الباحث بالاطلاع على النظريات والدراسات التي تناولت متلازمة توريت وتناولت حدوث اللازمات الحركية والدراسات التي تناولت الفنيات والأساليب السلوكية المستخدمة في علاج اللازمات الحركية، وعلى العديد من الفنيات والأنشطة التي قدمتها تلك الدراسات، ومنها دراسة (Franklin et al, 2011)، (Woods and Luiselli, 2007)، (Blount et al 2017)، (إيمان رشوان، ٢٠١١)، (Woods et al, 1996)، (McGuire, 2016) ، (Capriotti et al, 2012)، (Greene et al, 2014)، (Feldman et al, 2011)، (Capriotti et al, 2017).

كما استفاد الباحث من دراسة ومراجعة مجموعة من المؤلفات المتخصصة في متلازمة توريت والطفولة والصحة النفسية وتعديل السلوك ومنها:

١. المجلس الوطني للثقافة والفنون والأدب (٢٠١٣).
٢. بطرس حافظ (٢٠١٢).
٣. سيد صبحي (٢٠٠٦).
٤. سيد صبحي (٢٠٠٣).
٥. سيد صبحي (١٩٩٥).
٦. عبد الستار إبراهيم وآخرون (١٩٩٣).
7. Miltenberger (2011).
8. Woods et al (2008).
9. Woods et al (2008).

وقد استفاد الباحث مما سبق فقام بوضع خطة إعداد لمجموعة من المهام والخطوات تشكل محتوى الجلسات العلاجية في البرنامج، وقد تم تنظيمها بشكل محدد يتناسب مع الأهداف التي يسعى البرنامج لتحقيقها، وخصائص الأفراد في العينة المقدم لها البرنامج، وقام الباحث بعملية دمج لما تم الاستفادة منه من التراث النظري والدراسات السابقة وجميع ما توصل إليه في تصميم البرنامج.

الإطار النظري للبرنامج:

أ. لماذا صمم هذا البرنامج؟

تم تصميم هذا البرنامج من أجل الحد وتخفيض معدل حدوث اللازمات الحركية لدى ذوي متلازمة توريت.

ب.لمن يقدم هذا البرنامج؟

تم تصميم هذا البرنامج لعينة من الأطفال ذوي متلازمة توريت تتراوح أعمارهم الزمنية من (٩ – ١٢) عام.

ت.ماذا يقدم هذا البرنامج؟

يقدم البرنامج مجموعة من الجلسات المصممة على أسس نظرية، وتستخدم هذه الجلسات مجموعة من الأساليب المختبرة؛ والتي أكد التراث النظري نجاحها في الحد من حدوث اللازمات الحركية، ويتم تدريب الأطفال من خلال مهام البرنامج على الفنيات والأساليب التي تساعدهم على التحكم في حدوث اللازمات الحركية لديهم.

ث.كيف يمكن تحقيق أهداف البرنامج؟

يتم تحقيق أهداف البرنامج من خلال الأساليب التي ثبت أن لها فاعلية في خفض معدل حدوث اللازمات الحركية، مع مراعاة بعض الشروط أثناء تنفيذ البرنامج وهي:

- خلق جو من الدافعية لدى الأطفال وتحفيزهم على الاستمرار في البرنامج بحماس، وذلك بوضع تصور ذهني عن الوضع الذي سيصلون إليه عند تحكمهم في حدوث تلك اللازمات التي تزعجهم وتحرجهم أمام أقرانهم إذا ما قاموا بالتفاعل مع الباحث وأداء المهام الموكلة إليهم لنجاح البرنامج.
- وجود تعزيز مادي ومعنوي بشكل مستمر أثناء تنفيذ البرنامج على كل خطوة إيجابية تصدر من الأطفال سواء كان ذلك من الباحث أثناء الجلسات أو من الأهل في المنزل.
- التدرج في تدريب الطفل على الفنيات والأساليب العلاجية بشكل متدرج من الأسهل إلى الأصعب، وعدم الانتقال إلى الخطوة التالية إلا بعد الانتهاء من الخطوة التي تسبقها.

ج.متى تم تطبيق البرنامج؟

تم تطبيق هذا البرنامج المكون من (٢٠) جلسة خلال الفترة الزمنية من (٢٨ يناير ٢٠١٧ إلى ٨ أبريل ٢٠١٧).

الفنيات المستخدمة في البرنامج:

تم استخدام العديد من الفنيات خلال البرنامج وذلك بما يتلاءم وطبيعة الأهداف في كل جلسة، وهذه الفنيات هي (التدريب بعكس العادة – التعزيز– الاسترخاء – التغذية الراجعة – النمذجة – الملاحظة – الواجب المنزلي – المناقشة والحوار المفتوح – المكافآت السلوكية – المقابلة).

التدريب بعكس العادة Habit Reversal Training

يعتبر أسلوب التدريب بعكس العادة HRT واحد من أقدم وأكثر التدخلات الخاصة بعلاج اللازمات التي أخضعت للبحث العلمي، فعندما قدم أزرين ونون Azrin and Nunn هذه الفنية في عام ١٩٧٣ كأسلوب للتخلص من العادات العصبية واللازمات.

فقد رَأَوْا أن اللازمات استجابة متعلمة أو بشكل أكثر تحديداً أنها تكييف للأفعال المنعكسة المفاجئة، وكان يعتقد أن التعرض إلى إصابة أو صدمة ما يثير فعل منعكس الذي يتطور بدوره ليحدث لازمة، وأن اللازمة تستمر في الحدوث بسبب تقييد الاستجابة والوعي المحدود والممارسة المفرطة والتعزيز الاجتماعي والتسامح مع حدوث اللازمة.

وقد قام أزرين ونون Azrin and Nunn بوضع أسلوب التدريب بعكس العادة كحزمة علاجية متعددة المكونات هي:

أ. تسجيل اللازمات.

ب. التدريب على الوعي.

ت. التدريب على الاستجابة المتنافسة.

ث. تعزيز الدافعية.

ج. التدريب على تعميم المهارات المتعلمة (Griendt et al, 2013).

ومما يشار إليه أن التدريب على الوعي والتدريب على الاستجابة المتنافسة هما الأجزاء الرئيسية الفعالة في التدريب على عكس العادة، ونورد فيما يلي شرح مبسط لهما:

يتكون التدريب على الوعي من وصف اللازمة، واكتشاف اللازمة، وإجراء الإنذار المبكر، والتدريب على الوعي بالحالة.

ويتعلم المريض كيف يصبح على وعي بحدوث اللازمة، ويتم تحليل اللازمة عن كثب، بدء من المنبئات التحذيرية التي تسبق حدوث اللازمة، ويتبع ذلك مجموعة العضلات المختلفة التي تحث فيها اللازمة.

وبالإضافة إلى ذلك فإن المريض يتعلم كيف يصبح على وعي بالحالات والمواقف التي تحدث فيها اللازمة.

وفي التدريب على الاستجابة المتنافسة فإن المريض يتعلم كيف يبادر بإحداث استجابة ممكنة عقب ظهور المنبئ التحذيري الذي يسبق حدوث اللازمة أو عقب حدوثها بالفعل، وقد قال أزرين ونون Azrin and Nunn أن الاستجابة المتنافسة يجب أن تكون معاكسة لسلوك اللازمة، وتثبيت

العضلات المعاكسة التي تتعارض مع حدوث اللازمة، وعلاوة على ذلك، ينبغي الحفاظ على الاستجابة لعدة دقائق، وأن تكون غير واضحة اجتماعياً وتتناسب بسهولة في الحياة اليومية.

النمذجة Modeling

النمذجة أو التعلم بالنموذج أحد الفنيات السلوكية التي قد يقترن استخدامها بفنيات أخرى مثل: التشكيل والتسلسل والحث، حيث يتم من خلاله المعالج بأداء سلوك مرغوب فيه أمام الطفل وتقديم نموذج للطفل عن كيفية أداء المهمة - كل المهمة أو جزء منها - وقد يكون هذا النموذج المعلم أو أحد الزملاء أو شريط فيديو، ثم يشجعه على محاولة أداء نفس السلوك، متخذاً من السلوك الذى قام به النموذج مثالاً يحتذيه. أي أن التعلم بالنموذج يتضمن الإجراء العملي للسلوك أمام الطفل بهدف مساعدته على محاكاة هذا السلوك، وحتى تتحقق الفائدة القصوى من هذه الفنية فيجب أن يكون النموذج الذي سيقوم الطفل بمحاكاته مقبولا لدى الطفل (عبدالعزيز عبدالغني، ٢٠١٦: ٢٠٠).

- **الاسترخاء Relaxation**

هي حالة خالية من التوتر تتوقف فيها الصراعات الداخلية، وكذلك مشاعر القلق والغضب والخوف المزعجة وتنتشر فيها حال من الهدوء، والاسترخاء أيضاً هو عودة العضلات إلى حالتها الطبيعية بعد فترة من التقلص (جابر عبدالحميد و علاء الدين كفافي، ١٩٩٥: ٣٢٣٦).

- **الملاحظة Observation**

تعد الملاحظة من أكثر الوسائل شيوعاً التي تستخدم في تقييم الشخصية الملاحظة المباشرة لسلوك الفرد في مواقف الحياة الطبيعية خلال فترة من الزمن، أو في مواقف مصغرة من الحياة ترتب بحيث تستدعي ظهور سمات الشخصية المطلوب قياسها.

ولما كان معظم الناس يكونون عادة حساسين بأنفسهم إذا ما لاحظهم أحد، فقد أبتكر علماء النفس أساليب خاصة للملاحظة لا يكونون فيها الأشخاص الذين يوضعون تحت الملاحظة مدركين لوجود الملاحظ، وقد استخدمت هذه الأساليب بكثرة ونجاح في ملاحظة سلوك الأطفال.

ويجب أن يقوم الملاحظ بعدد كاف من الملاحظات، وأن يقوم بتسجيل عدد المرات التي يتكرر فيها حدوث أنواع معينة من السلوك تختار لأهميتها تبعاً للأغراض التي يهتم بها الملاحظ، حيث أن تكرار ظهور أنواع معينة في المواقف المشابهة، وبذلك يمكن أن نستنتج السمات الرئيسية السائدة في شخصية المُلاحَظ.

و للملاحظة أنواع مختلفة منها:

أ. الملاحظة المباشرة: حيث يكون الملاحظ وجهاً لوجه أمام العميل في الموقف ذاته.

ب. الملاحظة الغير مباشرة: مثل التي تحدث دون اتصال مباشر بين الملاحظ والعميل ودون أن يدرك العميل أنه موضع الملاحظة. ويتم ذلك من خلال غرفة معدة لذلك ملحق بها شاشة أحادية البعد One Way Screen يلاحظ من خلالها الملاحظ دون أن يدري العميل.

الملاحظة الدورية: وهذه تتم في فترات زمنية محددة وتسجل حسب تسلسلها الزمني كل صباح أو كل أسبوع أو كل شهر....... إلخ.
الملاحظة المقيدة: وتكون مقيدة بمجال أو موقف معين ومقيدة ببنود معينة مثل ملاحظة الأطفال في مواقف الإحباط، أو اللعب أو أثناء التفاعل مع الكبار (سهير أحمد، ٢٠٠٠: ١٦٩).

- **الواجب المنزلي Home Assignment**

تعد فنية الواجب المنزلي من أحد الفنيات الهامة في أي برنامج علاجي أو إرشادي، حيث تعتبر هي مقياس مدى تطبيق التوصيات العلاجية والإرشادية في بيئة المريض خارج نطاق الجلسات، وبالتالي نجاح البرنامج العلاجي أو الإرشادي مع الحالة.
وتلعب الواجبات المنزلية دوراً هاماً في كل العلاجات النفسية، ولها دور خاص في زيادة فاعلية الإرشاد المعرفي السلوكي، حيث أنها الفنية الوحيد التي يبدأ ويختم بها المعالج المعرفي في كل جلسة علاجية وإرشادية، وتساهم في تحديد درجة التعاون والألفة القائمة بين المعالج أو المرشد والفرد (عبدالعزيز عبدالغني، ٢٠١٦: ٢٠٢).

- **التعزيز Reinforcement**

هي العملية التي بمقتضاها زيادة أو تقوية احتمالية تكرار قيام الفرد بسلوك أو استجابة معينة، عن طريق تقديم معزز يعقب ظهورها هذا السلوك أو تلك الاستجابة منه أي من الفرد، والتعزيز يساعد على زيادة التعليم، وزيادة مشاركة التلاميذ في الأنشطة التعليمية المختلفة، والتعزيز قد يكون لفظياً أو غير لفظياً، ويشترط فيه أن يكون طبيعياً غير مفتعل، وأن يناسب نوع الاستجابة (حسن شحاته وأخرون، ٢٠٠٣: ١٠٨).

ويعتبر التعزيز وسيلة فعالة لزيادة مشاركة الأطفال في الأنشطة التعليمية المختلفة، وهى تؤدى بدورها إلى زيادة التعلم، ويتم استخدام أسلوب التعزيز المستمر في بداية البرنامج لجذب انتباه الطفل (مجدى عزيز إبراهيم، ٢٠٠٧: ٢٦٦٧).
والسلوك عموما سواء كان مقبولا أو غير مقبول هو سلوك يتم تعلمه واكتسابه وفقا لقانون الاشتراط Conditioning، ويحدث السلوك المضطرب أو غير المقبول نتيجة خلل أو قصور في هذه العملية فحينما يتم تعزيز سلوك مضطرب أو غير مرغوب بما يزيد من احتمالية حدوث هذا السلوك مرات أخرى حيث أنه يجد ما يعززه، وكما أنه من الخطأ تعزيز السلوك المضطرب أو غير المقبول من الطفل فإنه من الخطأ أيضا التغاضي عن تعزيز السلوك السوي أو المرغوب؛ حيث أن ذلك قد يؤدي إلى انطفاء هذا السلوك وهو ما يطلق عليه عملية الإنطفاء Extinction نتيجة غياب التعزيز؛ فالتعزيز وتكرار التعزيز يؤدي إلى تقوية السلوك وزيادة معدل حدوثه والعكس صحيح (عثمان فراج، ٢٠٠٢– ب: ٧)؛ (عبد الستار إبراهيم وأخرون، ١٩٩٣: ٨٣).

أنواع المعززات:

تنوع المعززات التي يفضلها الأطفال ويختلف كل طفل عن الأخر في تفضيله لهذه المعززات، فقد يكون شيئا أو نشاطا معززاً لطفل معين ولا يكون كذلك لطفل أخر، ويجب أن يكون المعلم ملماً بالمعززات التي يفضلها الطفل ودرجة تفضيله لكل معزز، ويمكننا تصنيف المعززات إلى ثلاثة أنواع رئيسية وهي كالتالي:

- معززات مادية: وتنقسم إلى نوعين:
  - المأكولات والمشروبات: مثل الحلوى أو العصير..الخ.
  - الألعاب والأدوات: مثل الدمى أو الأقلام..الخ.
- المعززات النشاطية: وتنقسم إلى نوعين:
  - أنشطة محددة: تكون معدة من قبل مثل الرسم، الاستماع للموسيقى..الخ.
  - أنشطة حرة: أنشطة يختارها الطفل مثل لعب الكرة، التمشية..الخ.
- المعززات الاجتماعية: وتنقسم إلى نوعين:
  - لفظية: مثل كلمات المدح والثناء (برافو، شاطر..الخ)
  - بدنية: مثل الربت على الكتف، التقبيل، الاحتضان..الخ (عبد العزيز الشخص، ٢٠٠٤: ١٢- ١٥).

- **المقابلة Interview**

المقابلة هي أداة من أدوات الإرشاد، يتم بموجبها جمع البيانات والمعلومات بين شخص وآخر، أو بين شخص وعدة أشخاص، وتعتمد على الاتصال اللفظي وغير اللفظي، والمقابلة هي الموقف الذي تتحقق منه العلاقة المباشرة الحقيقية، وتكون قائمة على الحوار المنظم بين المرشد والمسترشد.

وتهدف المقابلة إلى تحقيق جملة من الأهداف أهمها ما يلي:

- بناء علاقة ودية تعاونية إنسانية بين المرشد والمسترشد.
- مساعدة المسترشد في التعبير عن نفسه وعن مشكلته بأسلوبه الخاص.
- مساعدة المسترشد على فهم ذاته ومعرفة قدراته.
- دعم عملية التفاعل الإيجابي بين المرشد والمسترشد.
- الحصول على كمية كبيرة من البيانات والمعلومات عن المسترشد.
- مساعدة المسترشد على التكيف مع نفسه ومع الآخرين. (رافدة الحريري وسمير الأمامي، ٢٠١١: ٢١٥).

وتقسم المقابلة إلى عدة أنواع من حيث:

من حيث الغرض:

١) المقابلة الأولية: وتهدف إلى التعرف على طبيعة المشكلة.

٢) المقابلة التشخيصية: وتهدف إلى تشخيص المشكلة التي يعاني منها المسترشد، وتصنيف الأفراد حسب حالات مشكلاتهم.

٣) المقابلة الممهدة للإرشاد التربوي: وتهدف إلى تعريف المسترشد بطريقة الإرشاد وكيفية تعاونه مع المرشد، وغرس الثقة لديه.

٤) المقابلة الإرشادية: يقدم فيها للمسترشد بعض التوجيهات البسيطة من قبل المرشد.

٥) المقابلة العلاجية: وهذه تحتاج إلى عدة جلسات، وتفيد في مجال الإرشاد النفسي.

من حيث عدد المسترشدين:

المقابلة الفردية: هي المقابلة التي تتم بين المرشد التربوي والمسترشد.

المقابلة الجمعية: هي المقابلة التي تتم بين المرشد التربوي ومجموعة من المسترشدين في مكان واحد ووقت واحد.

من حيث نوع الأسئلة التي تطرح فيها:

المقابلة المغلقة: هي المقابلة التي يقوم فيها المرشد بطرح أسئلة معينة على المسترشد تستوجب إجابات دقيقة ومحددة.

المقابلة المفتوحة: هي المقابلة التي يقوم فيها المرشد بطرح أسئلة على المسترشد وتترك له الحرية التامة للإجابة، دون تحديد للزمان الذي تستغرقه الإجابة أو الأسلوب المتبع فيها.

المقابلة المغلقة المفتوحة: وهي المقابلة التي تشتمل على نوعين من الأسئلة بعضها وغلقة والبعض الأخر مفتوحة.

المقابلة البؤرية: تركز هذه المقابلة الاهتمام حول خبرة معينة صادفها المسترشد، وعلى آثار هذه الخبرة. (أحمد أبو أسعد، ٢٠٠٩) و (عبداللطيف دبور و عبدالحكيم الصافي، ٢٠٠٧).

القائم بتنفيذ البرنامج:.

الباحث

الأفراد المطبق عليهم البرنامج:

الأطفال ذوي متلازمة توريت التي تتراوح أعمارهم الزمنية من (٩ : ١٢) عام.

مدة تطبيق البرنامج:

شهرين و ١٠ أيام.

أدوات ووسائل البرنامج:

أوراق، ألوان، عروض توضيحية، قصص.

ويوضح الجدول (٨) عدد جلسات البرنامج وأهداف كل جلسة والفنيات المستخدمة في كل جلسة والزمن التقريبي لكل جلسة.

جدول رقم (٨)

عدد جلسات البرنامج أهدافه والفنيات والزمن المستخدم

رقم الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة	مدة الجلسة
١	- خلق علاقة ودية مع الطفل. - ملاحظة الطفل خلال الجلسة. - التعرف على تاريخ اللازمات معه. - تقييم شدة اللازمة لدى الطفل.	- التعزيز - المقابلة - الملاحظة	٦٠ دقيقة
٢	- خلق علاقة ودية مع الطفل. - ملاحظة الطفل خلال الجلسة. - التعرف على تاريخ اللازمات معه. - تقييم شدة اللازمة لدى الطفل.	- التعزيز - المقابلة - الملاحظة	٦٠ دقيقة
٣	- تعريف الأهل بالمتلازمة، والخصائص المميزة لها، والمشكلات المصاحبة. - تعريف الأهل بالعلاج السلوكي، والفنيات المستخدمة خلال البرنامج العلاجي. - ترتيب اللازمات الحركية الموجودة لدى الطفل/الطفلة بشكل تنازلي حسب الشدة. - تعريف الأهل أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة. - خلق علاقة ودية مع الطفل. - ملاحظة الطفل خلال الجلسة.	- التعزيز - المقابلة - الملاحظة	٤٥ دقيقة
٤	- اختيار اللازمة الأولى التي سيتم البدء بعلاجها. - أن يتعرف الأهل على كيفية ملئ استمارة التقييم الوظيفي للازمة الأولى. - تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.	- التعزيز - الواجب المنزلي - الملاحظة - المناقشة والحوار المفتوح	٤٥ دقيقة

٥	- مناقشة استمارة التقييم الوظيفي للسلوك. - استخدام أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة في اللازمة الأولى. - ملاحظة الطفل خلال الجلسة. - خلق علاقة ودية مع الطفل. - تحديد ميعاد الجلسة القادم.	- الملاحظة - التعزيز - المناقشة والحوار المفتوح - الواجب المنزلي	٤٥ دقيقة
٦	- مناقشة الأهل في تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الأولى. - تدريب الأهل على أسلوب المكافآت السلوكية. - خلق علاقة ودية مع الطفل. - ملاحظة الطفل خلال الجلسة.	- المكافآت السلوكية - الملاحظة - التعزيز - المناقشة والحوار المفتوح - الواجب المنزلي	٤٥ دقيقة
٧	- مناقشة الأهل في تنفيذ أسلوب المكافآت السلوكية. - تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل. - ملاحظة الطفل خلال الجلسة. - التعرف على العقبات التي تواجه الطفل الأسبوع الماضي. - تعريف الأهل بإجراءات ومكونات أسلوب عكس العادة. - تدريب الأهل والطفل على مكون التدريب على الوعي للازمة الأولى.	- المكافآت السلوكية - الملاحظة - التعزيز - المناقشة والحوار المفتوح - النمذجة - الواجب المنزلي	٤٥ دقيقة
٨	- مناقشة الأهل في تنفيذ أسلوب المكافآت السلوكية. - مناقشة الأهل في تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الأولى. - مناقشة الأهل والطفل في التدريب على الوعي للازمة الأولى. - تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.	- المكافآت السلوكية - الملاحظة - التعزيز - المناقشة والحوار المفتوح - النمذجة - الواجب المنزلي	٤٥ دقيقة

	- ملاحظة الطفل خلال الجلسة. - التعرف على العقبات التي تواجه الطفل الأسبوع الماضي.		
٩	- مناقشة الأهل في تنفيذ أسلوب المكافآت السلوكية. - مناقشة الأهل في تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الأولى. - مناقشة الأهل والطفل في التدريب على الوعي للازمة الأولى. - تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل. - تدريب الطفل على مكون الاستجابة المتنافسة للازمة الأولى. - تدريب الأهل على مكون الدعم الاجتماعي. - التعرف على العقبات التي تواجه الطفل الأسبوع الماضي.	- المكافآت السلوكية - الملاحظة - التعزيز - المناقشة والحوار المفتوح - النمذجة - الواجب المنزلي	٤٥ دقيقة
١٠	- مناقشة الأهل في تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الأولى. - مناقشة الأهل في أسلوب العلاج بعكس العادة للازمة الأولى. - تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل. - مناقشة الطفل في تنفيذ مكون الاستجابة المتنافسة للازمة الأولى. - التعرف على العقبات التي تواجه الطفل الأسبوع الماضي. - ملئ استمارة التقييم الوظيفي للازمة الثانية.	- المكافآت السلوكية - الملاحظة - التعزيز - المناقشة والحوار المفتوح - النمذجة - الواجب المنزلي	٤٥ دقيقة
١١	- تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الثانية. - تدريب الأهل والطفل على مكون التدريب	- المكافآت السلوكية - الملاحظة - التعزيز - المناقشة	٤٥ دقيقة

	على الوعي للازمة الثانية. – تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل. – تدريب الأهل والطفل على تنفيذ مكون الاستجابة المتنافسة للازمة الثانية. – التعرف على العقبات التي تواجه الطفل الأسبوع الماضي.	والحوار المفتوح – النمذجة – الواجب المنزلي	
١٢	– مناقشة الأهل في تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الثانية . – مناقشة الأهل في أسلوب المكافآت السلوكية المتبع. – تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل. – مناقشة الأهل والطفل في تنفيذ مكون الاستجابة المتنافسة للازمة الثانية. – التعرف على العقبات التي تواجه الطفل الأسبوع الماضي.	– التغذية الراجعة – المكافآت السلوكية – الملاحظة – التعزيز – المناقشة والحوار المفتوح – النمذجة – الواجب المنزلي	٤٥ دقيقة
١٣	– مراجعة إجراءات تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الأولى والثانية . – مناقشة الأهل في أسلوب المكافآت السلوكية المتبع خلال الحياة اليومية. – مراجعة إجراءات أسلوب العلاج بعكس العادة للازمة الأولى والثانية مع الأهل. – تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل. – مناقشة الطفل في تنفيذ مكون الاستجابة المتنافسة للازمة الأولى والثانية. – التعرف على العقبات التي تواجه الطفل الأسبوع الماضي. – تقديم معلومات للأهل بخصوص تدريبات الاسترخاء التي ستستخدم في الجلسات العلاجية.	– التغذية الراجعة – المكافآت السلوكية – الملاحظة – التعزيز – المناقشة والحوار المفتوح – النمذجة – الاسترخاء – الواجب المنزلي	٤٥ دقيقة

	– ملء استمارة التقييم الوظيفي للازمة الحركية الثالثة.		
١٤	– تدريب الأهل والطفل على مكون التدريب على الوعي للازمة الثالثة. – تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الثالثة. – مناقشة الأهل في أسلوب المكافآت السلوكية المتبع. – تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل. – مناقشة الطفل في تنفيذ مكون الاستجابة المتنافسة للازمة الأولى والثانية. – التعرف على العقبات التي تواجه الطفل الأسبوع الماضي. – تدريب الطفل والأهل على تدريب التنفس البطني.	– التغذية الراجعة – المكافآت السلوكية – الملاحظة – التعزيز – المناقشة والحوار المفتوح – النمذجة – الاسترخاء – الواجب المنزلي	٤٥ دقيقة
١٥	– تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الثالثة. – مناقشة الأهل في أسلوب المكافآت السلوكية المتبع. – تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل. – التعرف على العقبات التي تواجه الطفل الأسبوع الماضي. – تدريب الطفل والأهل على تدريب التنفس البطني. – تدريب الأهل والطفل على تنفيذ مكون الاستجابة المتنافسة للازمة الثالثة.	– التغذية الراجعة – المكافآت السلوكية – الملاحظة – التعزيز – المناقشة والحوار المفتوح – النمذجة – الاسترخاء – الواجب المنزلي	٤٥ دقيقة
١٦	– ملء استمارة التقييم الوظيفي للازمة الرابعة. – مراجعة إجراءات تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الأولى	– التغذية الراجعة – المكافآت السلوكية – الملاحظة – التعزيز – المناقشة	٤٥ دقيقة

	والثانية والثالثة . – مناقشة الأهل في أسلوب المكافآت السلوكية المتبع. – مراجعة إجراءات أسلوب العلاج بعكس العادة للازمة الأولى والثانية والثالثة مع الأهل. – تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل. – مناقشة الطفل في تنفيذ مكون الاستجابة المتنافسة للازمة الأولى والثانية والثالثة. – التعرف على العقبات التي تواجه الطفل الأسبوع الماضي. – مراجعة تدريب التنفس البطني.	والحوار المفتوح – النمذجة – الاسترخاء – الواجب المنزلي	
١٧	– تدريب الأهل والطفل على مكون التدريب على الوعي للازمة الرابعة. – تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الرابعة. – مناقشة الأهل في أسلوب المكافآت السلوكية المتبع. – تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل. – التعرف على العقبات التي تواجه الطفل الأسبوع الماضي. – تدريب الطفل والأهل على تدريب التنفس البطني.	– التغذية الراجعة – المكافآت السلوكية – الملاحظة – التعزيز – المناقشة والحوار المفتوح – النمذجة – الاسترخاء – الواجب المنزلي	٤٥ دقيقة
١٨	– مناقشة الأهل والطفل بخصوص التدريب على الوعي للازمة الرابعة. – مناقشة أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الرابعة. – تدريب الأهل والطفل على تنفيذ مكون الاستجابة المتنافسة للازمة الرابعة. – مناقشة الأهل في أسلوب المكافآت	– التغذية الراجعة – المكافآت السلوكية – الملاحظة – التعزيز – المناقشة والحوار المفتوح – النمذجة – الاسترخاء	٤٥ دقيقة

	السلوكية المتبع. – تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل. – التعرف على العقبات التي تواجه الطفل الأسبوع الماضي. – مراجعة إجراءات تدريب التنفس البطني.	– الواجب المنزلي	
١٩	– مراجعة إجراءات تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة لللازمة الأولى والثانية والثالثة والرابعة . – مناقشة الأهل في أسلوب المكافآت السلوكية المتبع. – مراجعة إجراءات أسلوب العلاج بعكس العادة لللازمة الأولى والثانية والثالثة والرابعة مع الأهل. – تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل. – مناقشة الطفل في تنفيذ مكون الاستجابة المتنافسة لللازمة الأولى والثانية والثالثة والرابعة. – التعرف على العقبات التي تواجه الطفل الأسبوع الماضي. – مراجعة تدريب التنفس البطني. – تدريب الأهل على استراتيجيات منع الانتكاس.	– التغذية الراجعة – المكافآت السلوكية – الملاحظة – التعزيز – المناقشة والحوار المفتوح – النمذجة – الاسترخاء – الواجب المنزلي	٤٥ دقيقة
٢٠	– تشجيع الطفل على الاستمرار في التمارين. – مراجعة إجراءات تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة لللازمة الأولى والثانية والثالثة والرابعة . – مناقشة الأهل في أسلوب المكافآت السلوكية المتبع. – مراجعة إجراءات أسلوب العلاج بعكس	– التغذية الراجعة – المكافآت السلوكية – الملاحظة – التعزيز – المناقشة والحوار المفتوح – النمذجة – الاسترخاء – الواجب المنزلي	٤٥ دقيقة

	العـادة للازمـة الأولـى والثانيـة والثالثـة والرابعة مع الأهل. – تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل. – مناقشة الطفل في تنفيذ مكون الاستجابة المتنافسـة للازمـة الأولـى والثانيـة والثالثـة والرابعة. – مراجعة تدريب التنفس البطني مع الطفل والأهل. – مراجعـة تـدريب الأهـل علـى اسـتراتيجية منع الانتكاس.		

رابعاً: خطوات الدراسة:-

١. التأكد من صدق الأدوات وثباتها:

حيث قام الباحث بالتأكد من صدق وثبات مقياس يال العالمي لشدة اللازمة Leckman et al (1989) (تعريب الباحث) الذي قام بتطبيقه على عينة قوامها (١٨) طفل (١٢ذكور، ٦ إناث) حيث تم تطبيق مقياس يال العالمي لشدة اللازمة عليهم، ثم تم إعادة تطبيقه مرة أخرى بعد فترة على نفس الأطفال للتأكد من ثبات نتائجه، وقام الباحث بحساب ثبات المقياس باستخدام طريقة ألفا – كرونباخ(٠.٨٤٢)، وطريقة التجزئة التصفية لسبيرمان براون(٠.٨٥١) حيث تم تقسيم العبارات إلى نصفين (العبارات الفردية / العبارات الزوجية) ثم حساب معامل الارتباط بين النصفان وتصحيح هذا المعامل من أثر الطول (في حالة ما إذا كان النصفان غير متساويين في الطول أي عدد العبارات) باستخدام معادلة سبيرمان براون، وتم حساب صدق المقياس وكان معامل اتفاق صدق المحكمين هو (٠.٨٨).

٢. اختيار عينة الدراسة الأساسية:

قام الباحث بالعديد من الخطوات لاختيار عينة الدراسة وهي:

- تم استبعاد جميع الأطفال ذوي الإعاقات الحسية والجسدية.
- تم استبعاد جميع الأطفال الذين يتناولون عقاقير دوائية لعلاج اللازمات.
- تم تطبيق مقياس ستانفورد بينيه الصورة الخامسة. (إعداد/ صفوت فرج، ٢٠١١)، وبعد تصحيح الاختبار تم استبعاد الأطفال الذين تقل درجة ذكائهم عن (٩٠) درجة.
- تم تطبيق مقياس يال العالمي لشدة اللازمة. Leckman et al (1989) (تعريب الباحث)

- تـم تطبيـق مقيـاس المسـتوى الاجتمـاعي الاقتصـادي للأسـرة (إعـداد/ عبـدالعزيز الشـخص، ٢٠٠٦).

وذلك من أجل الوصول لعينة متجانسة في درجة الذكاء، المستوى الاجتماعي الاقتصادي، الاضطرابات المصاحبة، تناول عقاقير دوائية لكبح اللازمات.

٣. القياس القبلي:

تم إجراء القياس القبلي باستخدام مقياس يال العالمي لقياس شدة اللازمة بهدف الوقوف على شدة اللازمات لدى الأطفال عينة الدراسة، وكذلك بهدف التعرف على الأثر الذي يحدثه البرنامج بحساب الفروق بين القياس القبلي وبين نتائج القياس البعدي لمتغير الدراسة (اللازمات الحركية)، وقد تم إجراء القياس القبلي في الفترة من ٢١ يناير إلى ٢٦ يناير ٢٠١٧.

٤. تنفيذ البرنامج:

تم تنفيذ جلسات برنامج تعديل السلوك المقترح لعلاج اللازمات الحركية والمكون من (٢٠) جلسة على الأطفال في المجموعة التجريبية لمدة (١٠) أسابيع بواقع جلستين أسبوعيا، وقد قام الباحث بتطبيق البرنامج بنفسه، وتم هذا التطبيق في الفترة من ٢٨ يناير إلى ٨ أبريل ٢٠١٧.

٥. القياس البعدي:

بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج مباشرة قام الباحث بإعادة تطبيق مقياس يال العالمي لقياس شدة اللازمة، وذلك بهدف التعرف على الأثر الذي أحدثه البرنامج في خفض معدل حدوث اللازمات الحركية لدى أطفال المجموعة التجريبية، وذلك بحساب الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي لأفراد هذه المجموعة، وقد تم إجراء هذا القياس في الفترة من ٩ أبريل إلى ١٣ أبريل ٢٠١٧.

٦. القياس التبعي:

قام الباحث بإعادة تطبيق مقياس يال العالمي لقياس شدة اللازمة على أفراد المجموعة التجريبية، بهدف التعرف على مدى استمرار أثر البرنامج الذي تم تقديمه لأفراد المجموعة التجريبية، وذلك بمقارنة نتائج القياس البعدي بالقياس التبعي للمجموعة التجريبية، وقد تم إجراء هذا القياس في الفترة من ١٣ مايو إلى ١٨ مايو. أي بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج.

خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة:-

اعتمد الأسلوب الإحصائي المستخدم على طبيعة الدراسة والمتغيرات المستخدمة موضع الاهتمام فيها، وحجم العينة وقد اتبع الباحث الأساليب الإحصائية التالية:

المتوسط الحسابي.

الانحراف المعياري.

معامل ارتباط بيرسون.

معامل ثبات ألفا كرونباخ.

معامل سبيرمان براون للتصحيح من أثر التجزئة.

استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test اللابارامتري للكشف عن الفروق بين المجموعات المرتبطة.

الفصل الخامس

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

الفصل الخامس

نتائج الدراسة ومناقشتها

تمهيد .

أولاً: نتائج التحقق من الفرض الأول ومناقشتها وتفسيرها.

ثانياً: نتائج التحقق من الفرض الثاني ومناقشتها وتفسيرها.

ثالثاً: تعقيب عام على نتائج الدراسة.

رابعاً: توصيات الدراسة.

خامساً: بحوث مقترحة

الفصل الخامس

نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها

تمهيد:

تهدف الدراسة الحالية إلى الوقوف على فاعلية برنامج علاجي يعمل على تقليل معدل حدوث اللازمات الحركية باستخدام فنيات تعديل السلوك عند الأطفال ذوي متلازمة توريت.

وقد وضع الباحث بعض الفروض لدراسة هذه الأهداف، وبعد تطبيق الدراسة قام الباحث بالتحقق من صحة هذه الفروض باستخدام المعالجة الإحصائية المناسبة لكل فرض، وفيما يلى عرض لهذه الفروض ومناقشة نتائجها وتفسيرها.

الفرض الأول: توجد فروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي والتبعي لمقياس يال العالمي لشدة اللازمة في اتجاه القياس البعدي.

الفرض الثاني: لا توجد فروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي والتبعي لمقياس يال العالمي لشدة اللازمة.

أولاً: نتائج التحقق من الفرض الأول ومناقشتها وتفسيرها:

ينص الفرض على أنه " توجد فروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمقياس يال العالمي لشدة اللازمة في اتجاه القياس البعدي ".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدم إختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test اللابارامترى، والجدول التإلى يوضح ذلك.

جدول رقم (٩)

دلالة الفروق بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية

في القياسين القبلي والبعدي لمقياس يال العالمي لشدة اللازمة

الأبعاد	اتجاه فروق الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
عدد اللازمات الحركية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	12 0 0	6.5 0	78 0	3.126	0.01
تكرار اللازمات الحركية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	10 0 2	5.5 0	55 0	2.913	0.01
شدة اللازمات الحركية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	8 0 4	4.5 0	36 0	2.558	0.05
تعقيد اللازمات الحركية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	10 0 2	5.5 0	55 0	2.877	0.01
تداخل اللازمات الحركية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	12 0 0	6.5 0	78 0	3.217	0.01
مجموع اللازمات الحركية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	12 0 0	6.5 0	78 0	3.068	0.01
عدد اللازمات الصوتية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	4 1 7	3 3	12 3	1.342	غير دالة
تكرار اللازمات الصوتية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	3 1 8	2.67 2	8 2	1.134	غير دالة

شدة اللازمات الصوتية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	7 0 5	4 0	28 0	2.646	0.01
تعقيد اللازمات الصوتية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	1 0 11	1 0	1 0	1.000	غير دالة
تداخل اللازمات الصوتية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	6 0 6	3.5 0	21 0	2.333	0.05
مجموع اللازمات الصوتية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	9 0 3	5 0	45 0	2.716	0.01
الدرجة الكلية لشدة اللازمة	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	12 0 0	6.5 0	78 0	3.066	0.01
الضرر	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	8 0 4	4.5 0	36 0	2.714	0.01
الدرجة الكلية للمقياس	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	12 0 0	6.5 0	78 0	3.064	0.01

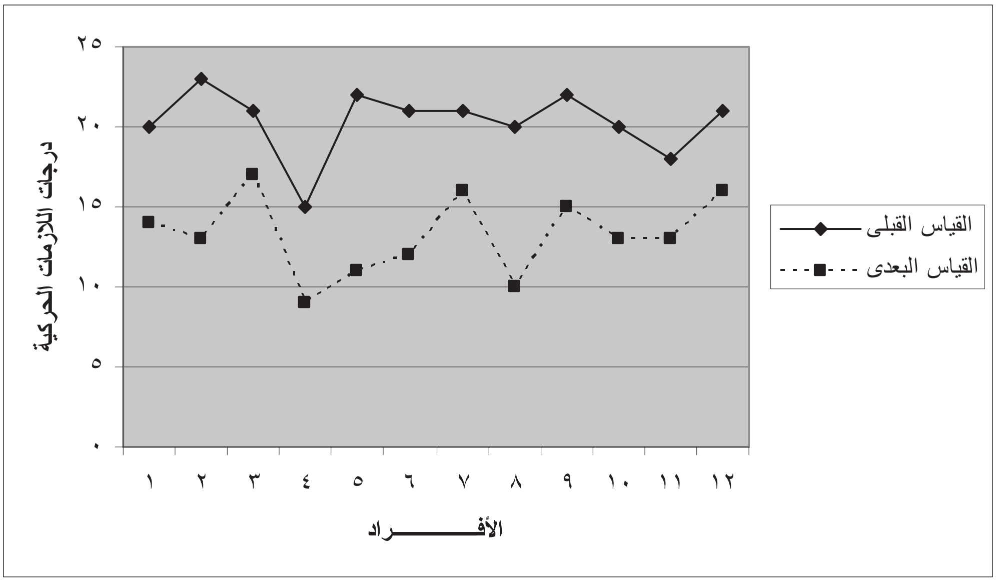
مستوى الدلالة عند (0.01) = 2.58   مستوى الدلالة عند (0.05) = 1.96

يتضح من الجدول السابق ما يلى:

<u>أولا: بالنسبة للازمات الحركية:</u>

أن قيم Z المحسوبة بالنسبة للازمات الحركية بلغت على الترتيب (3.126، 2.913، 2.558، 2.877، 3.217، 3.068) وهى قيم أكبر من القيمة الحدية (2.58)، مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.01) بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج باستثناء شدة اللازمات الحركية فهي دالة عند مستوى دلالة (0.05)، وقد جاءت الفروق في اتجاه القياس البعدي، وهذا يعنى انخفاض (عدد، تكرار، شدة، تعقيد، تداخل) اللازمات الحركية لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تعرضهم لإجراءات برنامج تعديل السلوك.

والشكل التالي يوضح الفروق بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للازمات الحركية.



شكل رقم (٥)

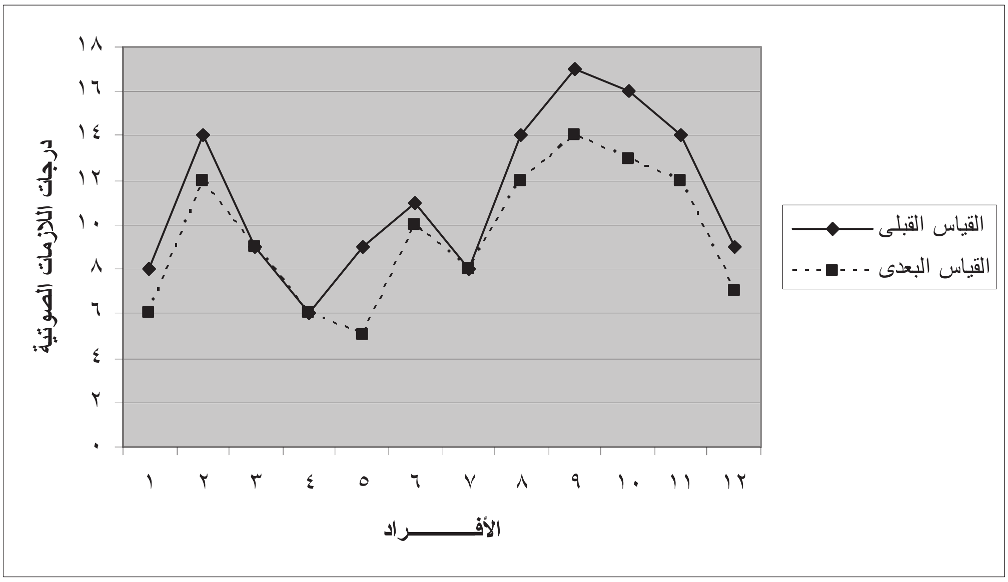
الفروق بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للازمات الحركية

<u>ثانيا: بالنسبة للازمات الصوتية:</u>

أن قيم Z المحسوبة بالنسبة للازمات الصوتية بلغت على الترتيب (1.342، 1.134، 2.646، 1.000، 2.333، 2.716) وهى أكبر من القيمة الحدية (2.58)، مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.01) بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج في شدة اللازمات الصوتية والدرجة الكلية للازمات الصوتية، وعند مستوى دلالة (0.05) في تداخل اللازمات الصوتية، بينما جاءت الفروق غير دالة في عدد وتكرار وتعقيد اللازمات الصوتية، وقد جاءت الفروق في الأبعاد

الدالة إحصائيا في اتجاه القياس البعدي، وهذا يعنى انخفاض (شدة، وتداخل) اللازمات الصوتية وكذلك الدرجة الكلية للازمات الصوتية لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تعرضهم لإجراءات برنامج تعديل السلوك.

والشكل التالي يوضح الفروق بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للازمات الصوتية.



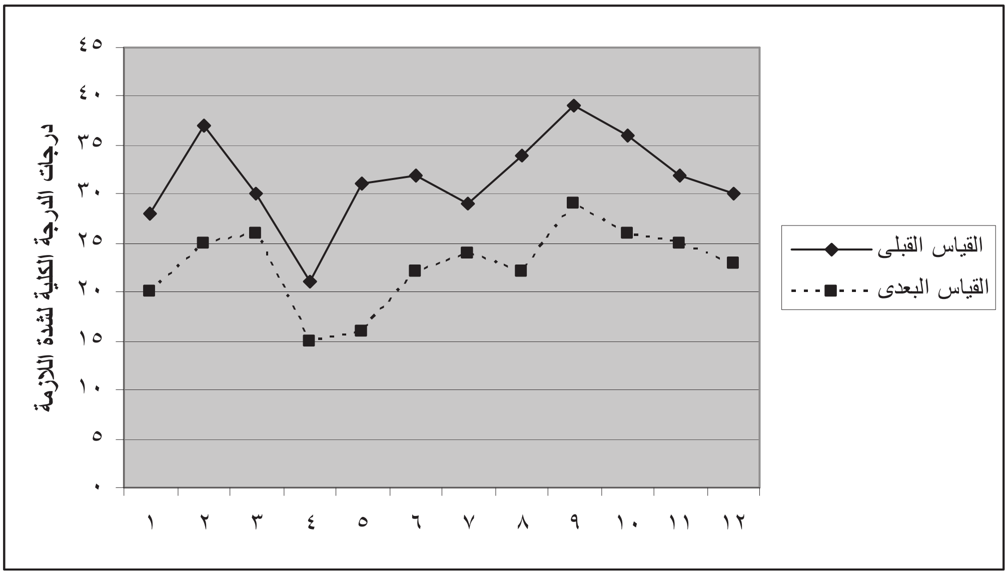
شكل رقم (٦)

الفروق بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للازمات الصوتية

<u>ثالثا: بالنسبة للدرجة الكلية لشدة اللازمة:</u>

أن قيمة Z المحسوبة للدرجة الكلية لشدة اللازمة بلغت (3.066) وهى أكبر من القيمة الحدية (2.58)، مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.01) بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج في اتجاه القياس البعدي، وهذا يعنى انخفاض شدة اللازمة لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تعرضهم لإجراءات برنامج تعديل السلوك.

والشكل التالي يوضح الفروق بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للدرجة الكلية لشدة اللازمة.



شكل رقم (٧)

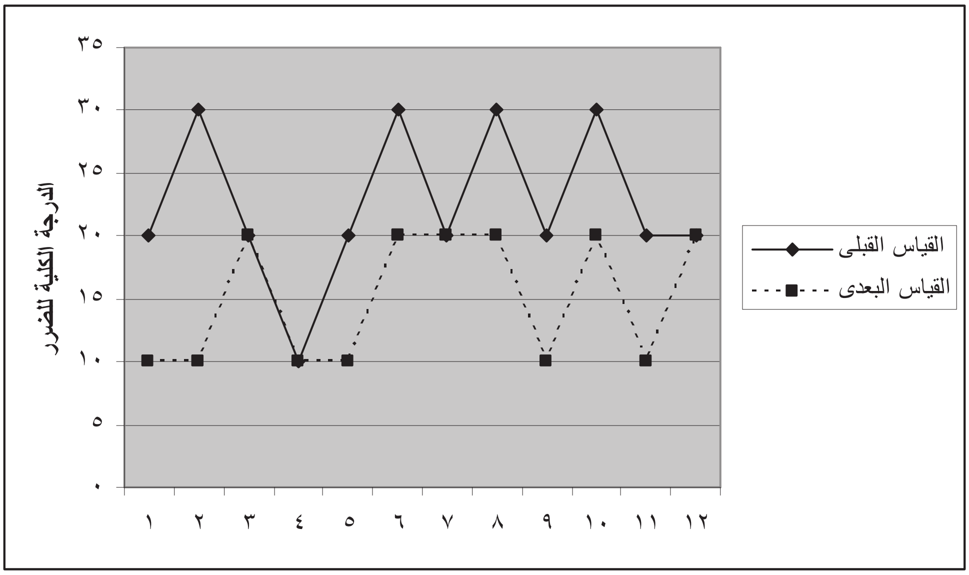
الفروق بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي

للدرجة الكلية لشدة اللازمة

<u>رابعا: بالنسبة للضرر:</u>

أن قيم Z المحسوبة بالنسبة للضرر بلغت (2.714) وهى أكبر من القيمة الحدية (2.58)، مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.01) بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج في اتجاه القياس البعدي، وهذا يعنى انخفاض الضرر لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تعرضهم لإجراءات برنامج تعديل السلوك.

والشكل التالي يوضح الفروق بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للضرر



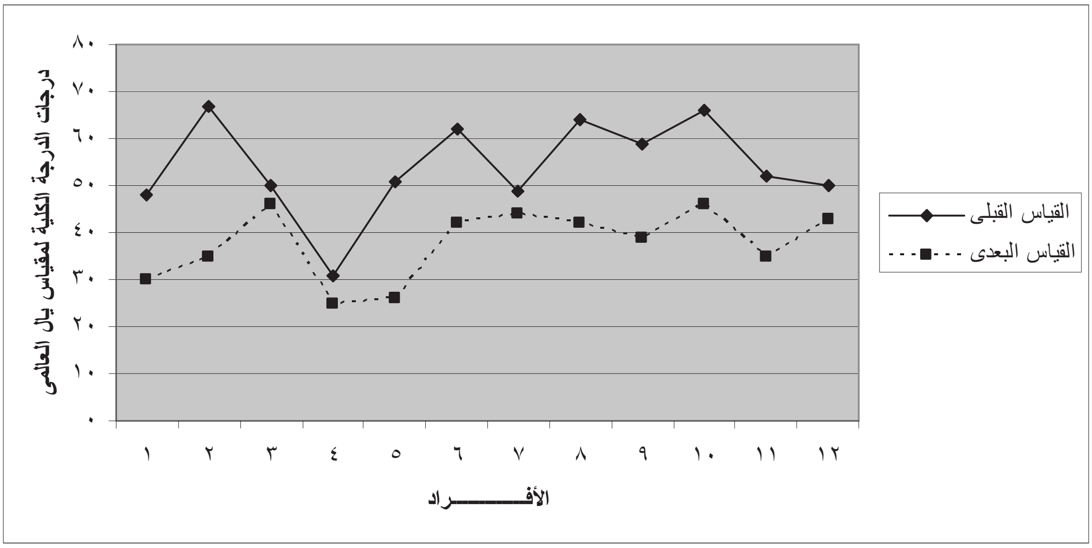
شكل رقم (٨)

الفروق بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للضرر

خامسا: بالنسبة للدرجة الكلية لمقياس يال العالمي لشدة اللازمة:

أن قيمة Z المحسوبة للدرجة الكلية لمقياس يال لشدة اللازمة بلغت (3.064) وهى أكبر من القيمة الحدية (2.58)، مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.01) بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج في اتجاه القياس البعدي، وهذا يعنى انخفاض شدة اللازمة لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تعرضهم لإجراءات برنامج تعديل السلوك.

والشكل التالي يوضح الفروق بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للدرجة الكلية لمقياس يال لشدة اللازمة.



شكل رقم (٩)

الفروق بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي

للدرجة الكلية لمقياس يال لشدة اللازمة

وتتفق هذه النتيجة أيضاً مع البحوث والدراسات السابقة التي سعت إلى التحكم في اللازمات وخفض معدل حدوثها من خلال البرامج العلاجية، مثل كلٌ من على سبيل المثال لا الحصر:

- دراسة (2017) Capriotti et al والتي أسفرت نتائجها عن أن كلا النظامين لجداول التعزيز الفارق للسلوك الآخر DRO أظهرا انخفاض في معدل حدوث اللازمات، وزيادة في الفترة الفاصلة بين حدوث اللازمة والأخرى، ولكن لم تشاهد أي فروق منهجية بين الجدولين على أي بعد من حالات حدوث اللازمة.

- دراسة McGuire (2016) والتي أسفرت نتائجها عن فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي، مع وجود انخفاض ملحوظ في شدة عرض اللازمة والمشكلات الناتجة عنها، في القياس البعدي عقب انتهاء جلسات البرنامج العلاجي.
- دراسة Greene et al (2014) والتي أسفرت نتائجها عن أن هؤلاء الأطفال مثلهم مثل الأطفال ذوي متلازمة توريت واضطراب اللازمة المزمن، لديهم بعض القدرة على كبح اللازمات، وأن استخدام المكافآت الفورية يعزز من تلك القدرة، وبرهنت تلك النتائج على وجود تأثير للمكافأة على التحكم المثبط للازمة خلال شهور من ظهورها، قبل أن تصبح اللازمات مزمنة.
- دراسة Capriotti et al. (2012) والتي توصلت إلى أن كلاً من تكلفة الاستجابة RC، التعزيز الفارق للسلوك الآخر DRO قد ساهما في خفض تكرار اللازمات، ولكنه لم يتضح أي أثار تفاضلية لأي أسلوب عن الآخر.
- دراسة Specht et al (2012) والتي توصلت إلى أن وجود بيئات مساعدة لكبح اللازمة يؤدي إلى انخفاض في معدل حدوث اللازمات بدون وجود عواقب عكسية.
- دراسة Franklin et al (2011) والتي أسفرت نتائجها عن أن استخدام التدريب بعكس العادة HRT بمفرده، أو استخدام التدريب بعكس العادة HRT مصحوب بالعلاج بالتقبل والالتزام ACT قد شهدت في المتوسط انخفاض كبير، وملحوظ، ودائم في أعراض اللازمة خلال شهر من تتبع النتائج.
- دراسة Woods and Luiselli (2007) والتي أسفرت نتائجها عن فاعلية العلاج بعكس العادة للازمات الصوتية والحركية لدى طفل ذي متلازمة توريت، انخفاض معدل تكرار اللازمات الصوتية والحركية لدى الطفل.
- دراسة Woods et al (1996) وقد أظهرت نتائج الدراسة انخفاض في اللازمات الحركية عند جميع المشاركين أثناء فترة العلاج، ولكن، شوهد انخفاض فردى مع مجموعات مختلفة من المكونات.

ويمكن تفسير هذه النتيجة الخاصة بالفرض الأول في ضوء نتائج اشتراك وانتظام الأطفال في جلسات البرنامج التدريبي والفنيات والأساليب المتنوعة، حيث كانت الأساليب والفنيات المستخدمة في البرنامج من دورها زيادة مستوى تحكم الأطفال في حدوث اللازمات لديهم، مما جعلهم أكثر مرونة وأكثر فهماً وحرصاً ووعياً للاستفادة الكاملة من أنشطة البرنامج المستخدمة في إطار مواقف تدريب مختلفة ومتنوعة ومشوقة مما أسهم في نمو الوعي الذاتي لديهم بحدوث اللازمة، حيث كانت الأساليب تتنوع ما بين:

استخدام فنية الممارسة والتي ساعدت في إكساب الأطفال ذوي متلازمة توريت أساليب ساهمت في تنمية مهارات الوعي، الاستجابة المتنافسة.

وكذلك استخدام فنية الواجبات والتدريبات المنزلية كجانب تطبيقي لما تعلمه الطفل في جلسات البرنامج داخل نطاق الأسرة وفي حياته اليومية والدراسية، وذلك من خلال مساعدة أفراد الأسرة.

وكذلك فنية التقليد والحث والتوجيه والمحاكاة والمناقشة والملاحظة والحوار المفتوح، والتي أثرت البرنامج وكان لها عظيم الأثر في نجاح البرنامج وتحقيق أهدافه.

وكذلك استخدام فنية التعزيز بشقية المادي والمعنوي والذى ساهم في تعزيز العديد من المهارات من شأنها تنمية وزيادة الوعي لحدوث اللازمة الحركية ومن ثم التحكم في حدوثها.

وعلى ذلك؛ تتضح أهمية البرامج العلاجية السلوكية التي تستخدم في التدريب على التحكم في اللازمات سواء الحركية منها أو الصوتية، وزيادة وعي الأطفال بحدوث تلك اللازمات، وكذلك رفع وعي الأهالي بماهية اللازمات وأسبابها وكيفية التعامل معها، ويكون لمثل هذه البرامج الأثر الكبير في زيادة الثقة بالذات لدى هؤلاء الأطفال وتيسير العملية التعليمية الأكاديمية.

ولعلّ ما دفع الأطفال في الحرص على حضور جلسات البرنامج هو تشجيع الباحث المستمر لهم، بالإضافة إلى افتقار أولياء أمورهم إلى المعلومات والاهتمامات التي تساعدهم في التعامل مع اللازمات والمشكلات المصاحبة.

ثانياً: نتائج التحقق من الفرض الثاني ومناقشتها وتفسيرها:

ينص الفرض على أنه " لا توجد فروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعى لمقياس يال العالمي لشدة اللازمة ".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدم اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test اللابارامترى، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (١٠)

دلالة الفروق بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية

في القياسين البعدي والتتبعى لمقياس يال العالمي لشدة اللازمة

الأبعاد	اتجاه فروق الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
عدد اللازمات الحركية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	1 3 8	2.5 2.5	2.5 7.5	1.000	غير دالة
تكرار	الرتب السالبة	2 2	2.5 2.5	5 5	0.000	غير

اللازمات الحركية	الرتب الموجبة التساوي	8				دالة
شدة اللازمات الحركية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	0 1 11	0 1	0 1	1.000	غير دالة
تعقيد اللازمات الحركية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	4 1 7	3 3	12 3	1.342	غير دالة
تداخل اللازمات الحركية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	0 1 11	0 1	0 1	1.000	غير دالة
مجموع اللازمات الحركية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	4 4 4	4 5	16 20	0.289	غير دالة
عدد اللازمات الصوتية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	0 0 12	0 0	0 0	0.000	غير دالة
تكرار اللازمات الصوتية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	0 1 11	0 1	0 1	1.000	غير دالة
شدة اللازمات الصوتية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	1 1 10	1.5 1.5	1.5 1.5	0.000	غير دالة
تعقيد اللازمات الصوتية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	0 0 12	0 0	0 0	0.000	غير دالة
تداخل اللازمات الصوتية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	0 0 12	0 0	0 0	0.000	غير دالة

مجمـــــوع اللازمـــــات الصوتية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	1 2 9	2 2	2 4	0.577	غيــــر دالة
الدرجـة الكليـة لشدة اللازمة	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	5 4 3	3.4 7	17 28	0.669	غيــــر دالة
الضـــرر	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	0 0 12	0 0	0 0	0.000	غيــــر دالة
الدرجـة الكليـة للمقياس	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	5 4 3	3.4 7	17 28	0.669	غيــــر دالة

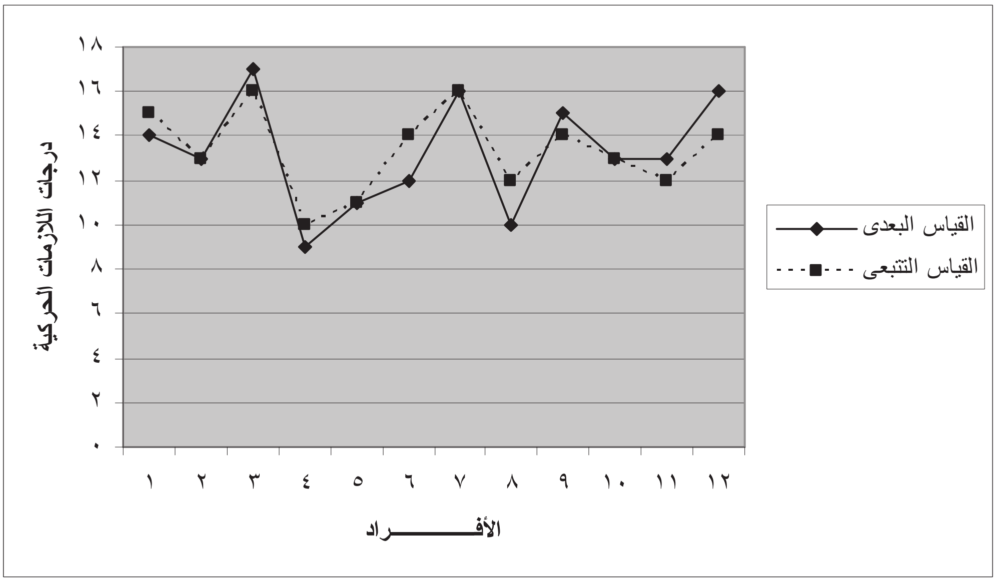
مستوى الدلالة عند (0.01) = 2.58 مستوى الدلالة عند (0.05) = 1.96

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

أولا: بالنسبة للازمات الحركية:

أن قيم Z المحسوبة بالنسبة للازمات الحركية بلغت على الترتيب (1.000، 0.000، 1.000، 1.342، 1.000، 0.289) وهى قيم أقل من القيمة الحدية (1.96)، مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعى، وهذا يعنى استمرار فاعلية برنامج تعديل السلوك لدى أفراد المجموعة التجريبية حتى فترة المتابعة.

والشكل التالي يوضح الفروق بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعى للازمات الحركية.



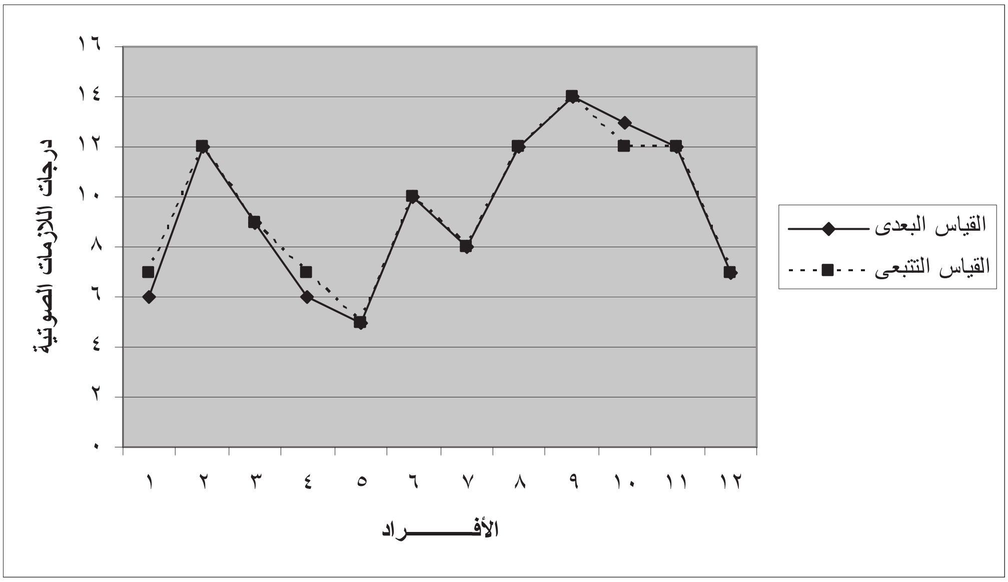
شكل رقم (١٠)

الفروق بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعى للازمات الحركية

ثانيا: بالنسبة للازمات الصوتية:

أن قيم Z المحسوبة بالنسبة للازمات الصوتية بلغت على الترتيب (0.000، 1.000، 0.000، 0.000، 0.000، 0.577) وهى قيم أقل من القيمة الحدية (1.96)، مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعى، وهذا يعنى استمرار فاعلية برنامج تعديل السلوك لدى أفراد المجموعة التجريبية حتى فترة المتابعة.

والشكل التالي يوضح الفروق بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعى للازمات الصوتية.



شكل رقم (١١)

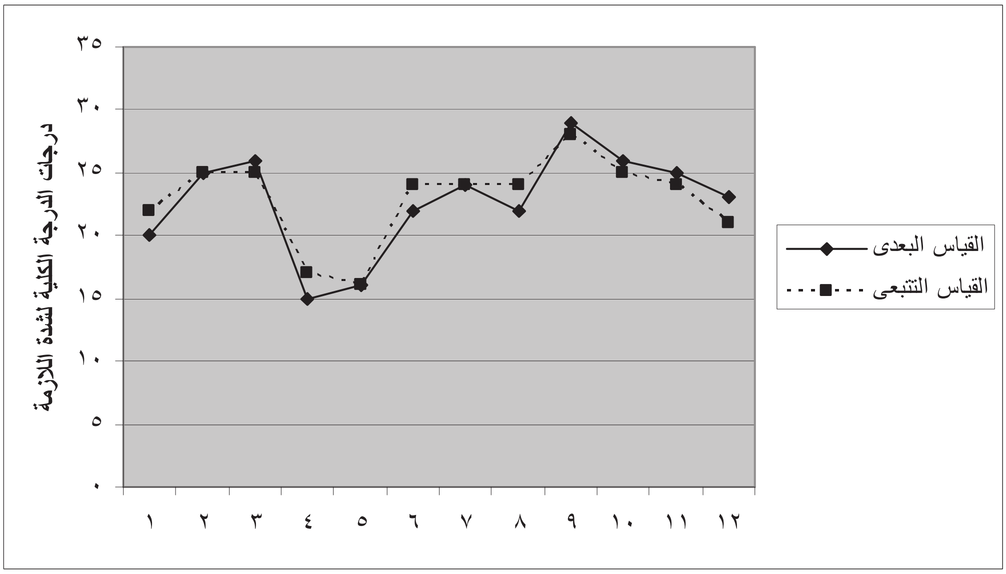
الفروق بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعى

للازمات الصوتية

ثالثا: بالنسبة للدرجة الكلية لشدة اللازمة:

أن قيمة Z المحسوبة للدرجة الكلية لشدة اللازمة بلغت (0.669) وهى أقل من القيمة الحدية (1.96)، مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعى، وهذا يعنى استمرار فاعلية برنامج تعديل السلوك لدى أفراد المجموعة التجريبية حتى فترة المتابعة.

والشكل التالي يوضح الفروق بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعى للدرجة الكلية لشدة اللازمة.



شكل رقم (١٢)

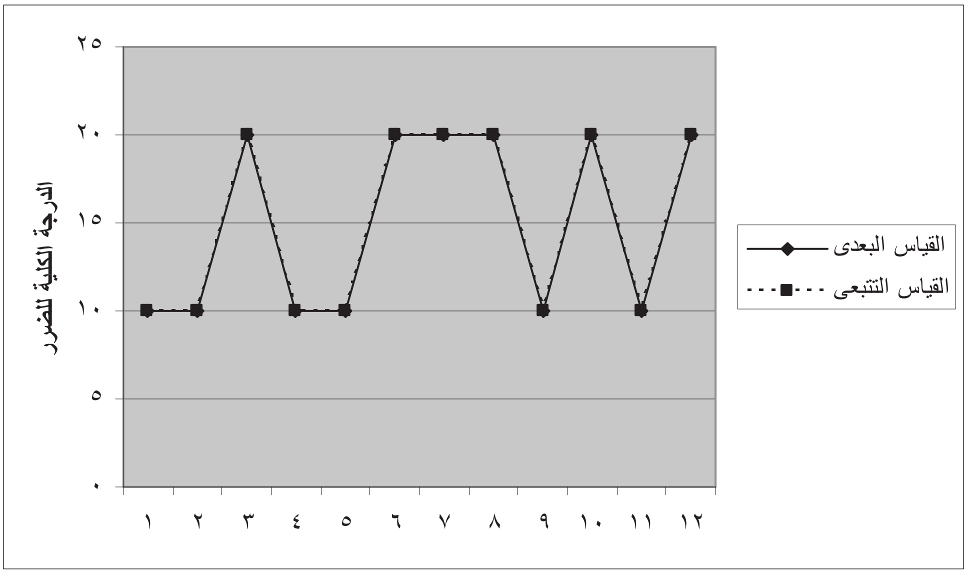
الفروق بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعى

للدرجة الكلية لشدة اللازمة

رابعا: بالنسبة للضرر:

أن قيم Z المحسوبة بالنسبة للضرر بلغت (0.000) وهى أقل من القيمة الحدية (1.96)، مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعى، وهذا يعنى استمرار فاعلية برنامج تعديل السلوك لدى أفراد المجموعة التجريبية حتى فترة المتابعة.

والشكل التالي يوضح الفروق بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعى للضرر.



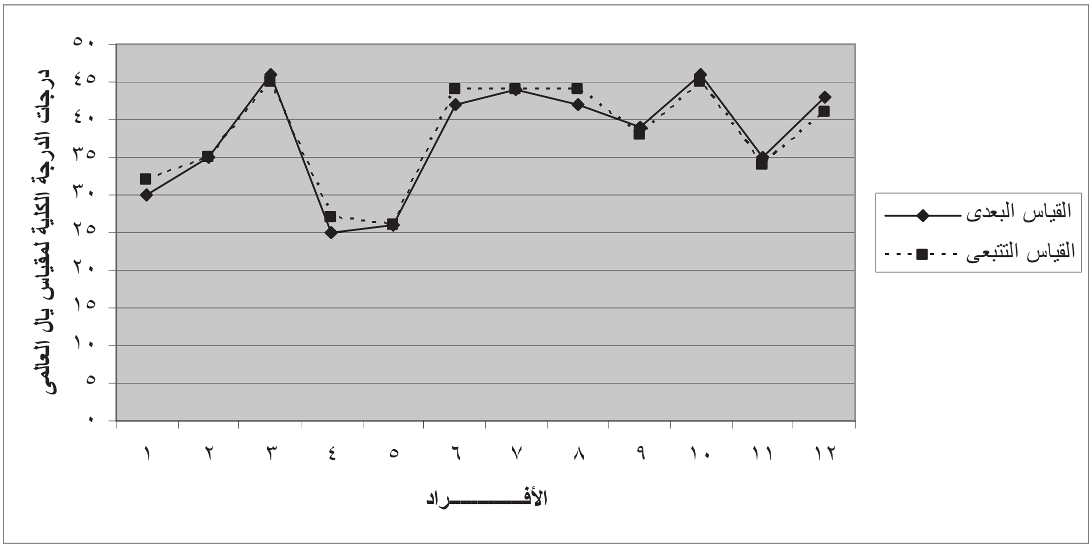
شكل رقم (١٣)

الفروق بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعى للضرر

<u>خامسا: بالنسبة للدرجة الكلية لمقياس يال العالمي لشدة اللازمة:</u>

أن قيمة Z المحسوبة للدرجة الكلية لمقياس يال لشدة اللازمة بلغت (0.669) وهى أكبر من القيمة الحدية (1.96)، مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعى، وهذا يعنى استمرار فاعلية برنامج تعديل السلوك لدى أفراد المجموعة التجريبية حتى فترة المتابعة.

والشكل التالي يوضح الفروق بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعى للدرجة الكلية لمقياس يال لشدة اللازمة.



شكل رقم (١٤)

الفروق بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعى

للدرجة الكلية لمقياس يال لشدة اللازمة

وهذه النتائج اتفقت مع دراسة كل من على سبيل المثال لا الحصر:

- دراسة (2017) Blount et al والتي أظهرت نتائجها عن أن ٤ من ٥ مشاركين في الدراسة يوجد لديهم انخفاض ذات دلالة إكلينيكياً على مقياس يال العالمي لشدة اللازمة في القياس البعدي بمقدار ١١.٥ درجة، ومن بين المشاركين الثلاثة الذين أكملوا شهر تقييم متابعة وجد لدى اثنان منهم تحسن واستمرار في الانخفاض على مقياس يال العالمي لشدة اللازمة.
- دراسة (2011) Feldman et al والتي أسفرت نتائجها عن وجود تحسن ملحوظ لدى الطفلة في التحكم في أعراض اللازمات لديها، علاوة على ذلك تم ملاحظة الحفاظ على المكاسب العلاجية، ووجود تحسن في جودة الحياة خلال فترة المتابعة.
- دراسة (2010) Bryson et al والتي أسفرت نتائجها عن خفض ملحوظ في معدل حدوث اللازمات الحركية بعد برنامج العلاج السلوكي الذي تلقته الحالة، كما تم المحافظة على هذا التحسن خلال مدة ٣ أشهر من المتابعة.
- دراسة (2003) Woods et al والتي أسفرت نتائجها عن خفض بنسبة ٨٢٪ في اللزمات الصوتية أثناء العلاج مع عدم وجود زيادة متزامنة في اللزمات الحركية وأيضا، تمت المحافظة على النتائج لمدة ٣ أشهر من المتابعة ٣ من ٥ أطفال، والآباء لجميع المشاركين الخمسة.
- دراسة (2001) Clarke et al حيث أظهرت النتائج لدى ٣ من ٤ أطفال مشاركين في الدراسة عن وجود انخفاض ذات دلالة إكلينيكياً في حدوث اللازمات لديهم على مقياس يال العالمي لشدة اللازمة في القياس البعدي، كما استمر هذا التحسن خلال فترة المتابعة، بينما ظهر لدى الطفل الرابع حدوث تحسن بسيط في معدل حدوث اللازمات.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء استمرارية فاعلية البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية، وتنمية وتحسين الوعي بحدوث اللازمات الحركية والتحكم فيها لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد انتهاء فترة البرنامج بمدة (٣٠) يوماً، حيث أن نقص المعرفة بقيمة البرامج التدريبية وفنياتها والأنشطة المختلفة التي قد تكون السبب وراء عدم استخدام الأفراد لها في المواقف المختلفة ، ونجاح البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية والقائم على استخدام العديد من الأساليب والفنيات العلاجية مثل التدريب المتكرر، والتي تستند على فنيات التعزيز، النمذجة، لعب الدور، الاسترخاء، الواجب المنزلي، التوجيه، الممارسة، الحث، المحاكاة، التقليد، الإرشادات الأسرية، مهارة الوعي بحدوث

اللازمة والتي تساعدهم في إحداث استجابة منافسة للازمة ومن ثم منع حدوثها والتحكم فيها، مما يساعدهم على التعامل بثقة أكثر خلال الحياة؛ مما ينعكس آثر ذلك على الطفل نفسه في تحسن أدائه في الدراسة والتفاعل الاجتماعي مع البيئة المحيطة وأقرانه، مما يؤدى إلى تهيئة الجو النفسي الملائم لنمو الطفل ذوي متلازمة توريت نمواً نفسياً سليماً.
لذا فقد أظهر القياس التتبعى عدم وجود فروق جوهرية في معدل حدوث اللازمات الحركية في القياسين البعدي والتتبعى

ثالثاً : تعقيب عام على نتائج الدراسة:

يتضح من مناقشة النتائج التي أسفرت عنها الدراسة الحالية، وبعد مناقشتها، فاعلية برنامج تعديل السلوك المستخدم في الرسالة الحالية في خفض معدلات حدوث اللازمات الحركية، وذلك لدى عينة من أطفال المرحلة الابتدائية ذوي متلازمة توريت.

فالاهتمام بهذه المرحلة النمائية المبكرة من الطفولة ألا وهي مرحلة طفل المدرسة أو ما يطلق عليها مرحلة الطفولة المتوسطة تعد من المراحل الهامة في حياة الإنسان وتعديل أي سلوكيات مضطربة في هذه المرحلة قد ينعكس على باقي مراحله العمرية والتي قد تعيقه عن المضي قدماً في طريق حياته كما تحرمه من التمتع بصحة نفسية وجسدية سليمة.

رابعاً: توصيات الدراسة:

في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية توصل الباحث إلى بعض التوصيات والتطبيقات النفسية والتربوية التي يمكن أن تفيد في البرامج العلاجية والإرشادية مع المختصين بالعلاج السلوكي، وأولياء الأمور والمعلمين، والأطباء المتعاملين مع ذوي اضطرابات اللازمة وخاصة متلازمة توريت كما يلي:

١. ضرورة قيام وزارة الصحة وخاصة الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان بتنظيم مسح على مستوى محافظات الجمهورية للوقوف على معدلات حدوث متلازمة توريت، والاضطرابات المصاحبة لها.
٢. إعداد دليل عن متلازمة توريت لزيادة وعي المعلمين بماهية متلازمة توريت، وكيفية تعامل المدرسين والأقران مع ذوي المتلازمة.
٣. إعداد برامج تدريبية تعليمية موجهة لأولياء أمور الأطفال ذوي متلازمة توريت بكيفية التعامل مع اللازمات في المنزل والحياة العامة، والحد من الأثار السلبية الناتجة عنها.
٤. تنظيم دورات تدريبية متخصصة للمعالجين السلوكيين على مستوى الجمهورية لتعلم ماهية المتلازمة، وكيفية العلاج السلوكي للازمات سواء الحركية منها أو الصوتية، والتعرف على الأساليب العلاجية المختلفة المستخدمة في الحد من حدوث اللازمات.

٥. تركيز الباحثين في كليات الطب وخاصة أقسام الطب النفسي والأمراض العصبية والأمراض الوراثية بالبحث بشكل أكبر في طبيعة حدوث اللازمات، ومنشأها، والأساليب العلاجية الطبية سواء الدوائية منها أو الجراحية.

خامساً: بحوث مقترحة:

في ضوء ما انتهت إليه الدراسة من نتائج يقترح الباحث موضوعات لازالت في حاجة لمزيد من البحث والدراسة في هذا الميدان وهى:

١. برنامج علاج سلوكي في خفض معدل اللازمات الصوتية لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت.
٢. برنامج لتحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت.
٣. فاعلية التحفيز الدماغي العميق في علاج اللازمات الحركية.
٤. برنامج باستخدام الأنشطة الرياضية للحد من حدوث اللازمات الحركية المركبة.
٥. برنامج باستخدام تطبيقات الهواتف الذكية للحد من لازمات حركة العين.
٦. برنامج باستخدام أنشطة الرسم للحد من لازمات اليد.
٧. برنامج تدريب الوالدين الموجه لأولياء أمور الأطفال ذوي متلازمة توريت في خفض معدل حدوث اللازمات.
٨. برنامج لتنمية مفهوم الذات لدى عينة من الأطفال ذوي متلازمة توريت.

قائمة المراجـــــع

أولاً: المراجـع العربية

ثانياً: المراجـع الأجنبية

أولاً: المراجع العربية

- أحمد عبد اللطيف أبو أسعد (٢٠٠٩). الإرشاد المدرسي، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- إيمان محمد محمد رشوان (٢٠١١). استخدام الصفحة النفسية في التشخيص الفارق بين حالات متلازمة توريت وحالات صعوبات التعلم، رسالة ماجستير في التربية (رياض أطفال)، جامعة القاهرة.
- بطرس حافظ (٢٠١٢). تعديل وبناء سلوك الأطفال، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- جابر عبد الحميد جابر& علاء الدين كفافي (١٩٩٣). معجم علم النفس والطب النفسي. الجزء السادس. القاهرة: دار النهضة المصرية.
- جمال الخطيب (٢٠٠٨). تعديل السلوك الإنساني. عمان: دار الفكر ناشرون و موزعون.
- جمال الخطيب (٢٠١٤). تعديل السلوك الإنساني، ط٧. عمان: دار الفكر ناشرون و موزعون.
- حامد زهران (١٩٨٠). التوجيه والإرشاد النفسي، ط٢، القاهرة: عالم الكتب.
- حسن شحاتة وزينب النجار وحامد عمار (٢٠٠٣). معجم المصطلحات التربوية والنفسية، القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.
- رافدة الحريري& سمير الإمامي (٢٠١١). الإرشاد التربوي والنفسي في المؤسسات التعليمية، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- سامي محمد ملحم (٢٠٠٦). سيكولوجية التعلم والتعليم "الأسس النظرية والسيكولوجية"، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- سامي محمد ملحم (٢٠٠٧). الأسس النفسية للنمو في الطفولة المبكرة، ط١، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- سهير كامل أحمد (٢٠٠٠). التوجيه والإرشاد النفسي، الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- سعد بن دبيس (٢٠٠٦). فاعلية برنامج إرشادي نفسي في خفض درجة السلوك العدواني لدى طلاب المرحلة الثانوية، الرياض، رسالة دكتوراه، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- سيد صبحي (١٩٩٥). الإنسان وسلوكه الاجتماعي، القاهرة.
- سيد صبحي (٢٠٠٣). النمو العقلي والمعرفي لطفل الروضة، ط١، القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.
- سيد صبحي (٢٠٠٦). أطفالنا المبتكرون، القاهرة.
- صفوت فرج (٢٠١١). مقياس ستانفورد بينيه الصورة الخامسة، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- طـه عبـد العظـيم حسـين (٢٠٠٨). اسـتراتيجيات تعـديل السـلوك للعـاديين وذوي الاحتياجـات الخاصة، الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة.
- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٦). النمو العقلي للطفل، دار الرشاد.
- عادل عبدالله محمد (٢٠١٥). تعديل السلوك الإنساني، ط٢. الرياض: دار الزهراء.
- عبد الستار إبراهيم& عبدالعزيز بن عبدالله& رضوان إبراهيم (١٩٩٣). العلاج السلوكي للطفل. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- عبد العزيز السيد الشخص (٢٠٠٤). تعديل سلوك الأطفال العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة، القاهرة: مركز الفتح.
- عبـد العزيـز السـيد الشـخص (٢٠٠٦). قـاموس التربيـة الخاصـة والتأهيـل لـذوي الاحتياجـات الخاصة، ط٢، القاهرة، الأنجلو مصرية.
- عبد العزيز السيد الشخص (٢٠٠٦). مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد العزيز عبد العزيز عبد الغني (٢٠١٦). برنامج تدريبي لتحسين الإدراك الفونولوجي وأثره على علاج اضطرابات الكلام واللغة لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، القاهرة، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس.
- عبد اللطيف دبور& عبد الحكيم الصافي (٢٠٠٧). الإرشاد المدرسي بين النظرية والتطبيق، عمان: دار الفكر.
- عثمـان لبيـب فـراج (٢٠٠٢). الإعاقـة الذهنيـة فـي مرحلـة الطفولـة، المجلـس العربـي للتنميـة والطفولة.
- عماد مخيمر & هبة علي (٢٠٠٦). المشكلات النفسية للأطفال بين عوامل الخطورة وطرق الوقاية والعلاج، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- كريمان بدير (٢٠٠٨). تقويم نمو الطفل، ط١، عمان: دار الفكر.
- المجلس الوطني للثقافة والفنون والأدب (٢٠١٣). علم النفس الدماغ والسلوك، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والأدب.
- مجدي عزيز إبراهيم (٢٠٠٧). موسوعة المعارف التربوية، القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع.

ثانياً: المراجع الأجنبية

- Abramovitch, A., Reese, H., Woods, D. W., Peterson, A., Deckersbach, T., Piacentini, J., Wilhelm, S. (2014). Psychometric Properties of a Self-Report Instrument for the Assessment of Tic Severity in Adults with Tic Disorders. Behavior Therapy, 46(6), 786–796.
- Association, A. P. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. American Psychiatric Publishing.
- Blount, T. H., Raj, J. J., & Peterson, A. L. (2016). Intensive Outpatient Comprehensive Behavioral Intervention for Tics: A Clinical Replication Series. Cognitive and Behavioral Practice.
- Bryson, W. J., Edwards, C. L., Sommer, D. B., & Scott, B. L. (2010). Integrated Behavior Therapy in the Treatment of Complicated Tourette's Disorder and Its Comorbidities. Clinical Case Studies, 9(2), 154–163.
- Capriotti, M. R., Turkel, J. E., Johnson, R. A., Espil, F. M., & Woods, D. W. (2017). Comparing fixed-amount and progressive-amount DRO Schedules for tic suppression in youth with chronic tic disorders. Journal of Applied Behavior Analysis, 50(1), 106–120.
- Capriotti, M. R., Brandt, B. C., Ricketts, E. J., Espil, F. M., & Woods, D. W. (2012). Comparing the Effects of Differential Reinforcement of Other Behavior and Response-Cost Contingencies on Tics in Youth with Tourette Syndrome. Journal of Applied Behavior Analysis, 45(2), 251–263.
- Cath, D. C., Hedderly, T., Ludolph, A. G., Stern, J. S., Murphy, T., Hartmann, A., Rizzo, R. (2011). European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part I: assessment. European Child & Adolescent Psychiatry, 20(4), 155–171.
- Chowdhury, U. (2004). Tics and Tourette syndrome: A Handbook for Parents and Professionals. Jessica Kingsley.
- Clarke, Marlene A.; Bray, Melissa A.; Kehle, Thomas J.; Truscott, S. D. (2001). School-Based Intervention Designed to Reduce the Frequency of Tics in Children with Tourette's syndrome. School Psychology Review, n1 p11-22, v30.
- Cohen, A. J., & Leckman, J. F. (1992). Sensory phenomena associated with Gilles de la Tourette's syndrome. The Journal of Clinical Psychiatry, 53(9), 319–323.
- Eapen, V., & Robertson, M. M. (2015). Are there distinct subtypes in Tourette syndrome? Pure-Tourette syndrome versus Tourette syndrome-

plus and simple versus complex tics. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 11, 1431–1436.

- Eapen, V., Snedden, C., Črnčec, R., Pick, A., & Sachdev, P. (2016). Tourette syndrome, co-morbidities and quality of life. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 50(1), 82–93.
- Elliott, A., Freeman, K., Klein-tasman, B., & State, N. D. (2003). Treatment of vocal tics in children with tourette syndrome: investigating the efficacy of habit reversal. JOURNAL OF APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS, 36(1), 109–112.
- Feldman, M. a., Storch, E. a., & Murphy, T. K. (2011). Application of Habit Reversal Training for the Treatment of Tics in Early Childhood. Clinical Case Studies, 10(2), 173–183.
- Franklin, M. E., Best, S. H., Wilson, M. A., Loew, B., & Compton, S. N. (2011). Habit Reversal Training and Acceptance and Commitment Therapy for Tourette Syndrome: A Pilot Project. Dev Phys Disabil, 23, 49–60.
- Greene, D. J., Koller, J. M., Robichaux-Viehoever, A., Bihun, E. C., Schlaggar, B. L., & Black, K. J. (2015). Reward enhances tic suppression in children within months of tic disorder onset. Developmental Cognitive Neuroscience, 11, 65–74.
- Griendt, J. M. T. M. Van De, Verdellen, C. W. J., Dijk, M. K. Van, & Verbraak, M. J. P. M. (2013). Neuroscience and Biobehavioral Reviews Behavioural treatment of tics: Habit reversal and exposure with response prevention. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 37(6), 1172–1177.
- Jin, R., Zheng, R., Huang, W., Xu, H., Shao, B., & Chen, H. (2005). Epidemiological survey of Tourette syndrome in children and adolescents in Wenzhou of P. R. China. European Journal of Epidemiology, 925–927.
- Khalifa, N. A.-L. Von K. (2003). Prevalence of tic disorders and Tourette syndrome in a Swedish school population. Developmental Medicine & Child Neurology, 315–319.
- Kircanski, K., Woods, D. W., Chang, S. W., Ricketts, E. J., & Piacentini, J. C. (2010). Cluster analysis of the Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS): symptom dimensions and clinical correlates in an outpatient youth sample. Journal of Abnormal Child Psychology, 38(6), 777–788.
- Kurlan, R. (2005). Handbook of Tourette's syndrome and Related Tic and Behavioral Disorders, Second Edition. CRC Press.
- Leckman, J. F., Walker, D. E., & Cohen, D. J. (1993). Premonitory urges in Tourette's syndrome. The American Journal of Psychiatry, 150(1), 98–102.

- LeDoux, M. S. (2005). Movement Disorders: Genetics and Models. Elsevier Science.
- Marsh, T. L. (2007). Children with Tourette syndrome: A Parents' Guide. Woodbine House.
- Martino, D., & Cavanna, A. E. (2013). Advances in the Neurochemistry and Neuropharmacology of Tourette syndrome. Elsevier Science.
- Mathews, C., Waller, J., Glidden, D., Lowe, T., Herrera, L., Budman, C., Reus, V. (2004). Self-injurious behaviour in Tourette syndrome: correlates with impulsivity and impulse control. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 75(8), 1149–1155.
- Mathews, C. A., Bimson, B., Lowe, T. L., Herrera, L. D., Budman, C. L., Erenberg, G., … Reus, V. I. (2006). Association between Maternal Smoking and Increased Symptom Severity in Tourette's syndrome. Am J Psychiatry, (June), 1066–1073.
- May, M., Eapen, V., & Eugenio, A. (2009). The international prevalence, epidemiology, and clinical phenomenology of Tourette syndrome : A cross-cultural perspective. Journal of Psychosomatic Research, 67(6), 475–483.
- McGuire, J. F. (2016). Behavior Therapy for Youth with Tourette Disorder. Journal of Clinical Psychology.
- Miltenberger, R. G. (2011). Behavior Modification: Principles and Procedures (5th Ed.). Davis Drive Belmont: Cengage Learning.
- Miltenberger, R. G. (2015). Behavior Modification: Principles and Procedures (6th Ed.). Davis Drive Belmont: Cengage Learning.
- Naglieri, J. A., & Goldstein, S. (2011). Encyclopedia of Child Behavior and Development. New York: Springer.
- Ohm, B. (2006). The effect of Tourette syndrome on the education and social interactions of a school-age child. The Journal of Neuroscience Nursing : Journal of the American Association of Neuroscience Nurses, 38(3), 194–195,199.
- Olive, M. F., & Levitt, P. (2010). Tourette syndrome. Chelsea House.
- Organization, W. H. (2008). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. World Health Organization.
- Rajagopal, S., & Cavanna, A. E. (2014). Premonitory urges and repetitive behaviours in adult patients with Tourette syndrome. Neurological Sciences : Official Journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology, 35(6), 969–971.
- Robertson, M. M. (2006). Mood disorders and Gilles de la Tourette's syndrome: an update on prevalence, etiology, comorbidity, clinical

associations, and implications. Journal of Psychosomatic Research, 61, 349–358.

- Salkind, N. J., & Rasmussen, K. (2008). Encyclopedia of educational psychology. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Samar, S. M., Moyano, M. B., Bran˜a-Berrı´os, M., Irazoqui, G., Matos, A., Kichic, R., Coffey, B. J. (2013). Children and adolescents with Tourette's disorder in the USA versus Argentina: Behavioral differences may reflect cultural factors. European Child and Adolescent Psychiatry, 22(11), 701–707.
- Specht, M. W., Woods, D. W., Nicotra, C. M., Kelly, L. M., Ricketts, E. J., Conelea, C. A., … Walkup, J. T. (2013). Effects of tic suppression: Ability to suppress, rebound, negative reinforcement, and habituation to the premonitory urge. Behaviour Research and Therapy, 51(1), 24–30.
- Sukhodolsky L. A.; Carroll, D. H.; McGuire, J.; Leckman, J. F.; Scahill, L., D. G. . V. (2009). Randomized Trial of Anger Control Training for Adolescents with Tourette's syndrome and Disruptive Behavior. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 48(4), 413–421.
- Wang, H., & Kuo, M. (2003). Tourette's syndrome in Taiwan: an epidemiological study of tic disorders in an elementary school at Taipei County. Brain & Development, 25, S29–S31.
- Woods, D. W., Miltenberger, R. G., & Lumley, V. a. (1996). Sequential application of major habit-reversal components to treat motor tics in children. Journal of Applied Behavior Analysis, 29(4), 483–493.
- Woods, D. W., Piacentini, J., Chang, S., Deckersbach, T., Ginsburg, G., Peterson, A., Wilhelm, S. (2008). Managing Tourette syndrome: A Behavioral Intervention for Children and Adults Therapist Guide (1st Ed.). New York: Oxford University Press.
- Woods, J. E., & Luiselli, J. K. (2007). Habit Reversal Treatment of Vocal and Motor Tics in a Child with Tourette's syndrome. Clinical Case Studies, 6(2), 181–189.
- Zago, S., Delli Ponti, A., Mastroianni, S., Solca, F., Tomasini, E., Poletti, B., Porta, M. (2014). Counterfactual thinking in Tourette's syndrome: a study using three measures. Behavioural Neurology, 1–7.

ملاحق الدراسة

ملحق (١) مقياس يال العالمي لشِدّة اللازمةَ Y G T S S. (تعريب / الباحث)
ملحق (٢) برنامج تعديل السلوك لخفض معدل اللازمات الحركية. (إعداد / الباحث)
ملحق (٣) أسماء السادة المحكمون على صدق مقياس يال العالمي لشدة اللازمة.

ملحق رقم (١)

مقياس يال العالمي لشِدّة اللازمةَ Y G T S S

(تعريب / الباحث)

الاسم:	تاريخ اليوم: / /
القائم بالتقييم:	

قائمة فحص أعراض اللازمة الحركية

وصف لأعراض اللازمة الحركية. تبدأ اللازمات الحركية عادة في مرحلة الطفولة وتكون مميزة بهزات أو حركات مفاجئة، مثل رمش العينين بشكل قوي أو هز الرأس بسرعة إلى جانب أو إلى الآخر.
ويبدو أن نفس اللازمات تعاود الظهور في شكل نوبات خلال اليوم وتبدو بشكل أسوء خلال فترات الإعياء و/أو الضغط.
تحدث العدّيد من اللازمات بدون سابق إنذار وقد يكون حتى غير ملحوظ من قبل الشخص الذي يقوم بها وأخري تكون مسبوقة بمنبئات خفية من الصعب وصفها (مثل دفع البعض إلي خدش احتكاك) .في عدة حالات نجد أنه من الممكن أن يقوموا بشكل إرادي بكبح اللازمات لفترة وجيزة من الوقت. وعلى الرغم من أن أي جزء من الجسم قد يكون مصاب إلا أن الوجه، الرأس، الرقبة، الأكتاف تكون أكثر الأماكن الشائعة التي تتأثر. وخلال فترة تمتد من أسابيع إلى شهور نجد أن اللازمات الحركية تتعاظم وتتضعف وأن اللازمات القديمة ربما استبدلت بأخرى جديدة تماماً.

ويمكن وصف اللازمات الحركية البسيطة بأنها حركة مفاجئة، قصيرة، "لامعنى لها" تتكرر في نوبات مثل (الرمش بالعين بشكل مفرط أو التحديق). تكون اللازمات الحركية المعقدة مفاجئة، نمطية (أي أنها دائماً تتم بنفس الطريقة) شبه هادفة (أي بمعنى أن الحركة ربما تشبه فعل ذو مغزى، ولكنها عادة تكون لاإرادية وغير مرتبطة بالذي يحدث في ذلك الوقت) تلك الحركات التي تتضمن أكثر من مجموعة عضلات واحدة. قد يكون هذا في أغلب الأحيان كبرج من الحركات مثل التجهم بالوجه وحركات بالجسم في نفس الوقت. بعض اللازمات المعقدة قد تساء فهمها من قبل الأشخاص الآخرين (أي بمعنى إذا كنت تهز كتفيك حين تقول "لا أعلم"). ومن الصعب تمييز اللازمات الحركية عن الأفعال القهرية;على أية حال، من غير المعتاد رؤية لازمات معقدة في ظل غياب البسيطة منها. غالباً ما يكون هناك ميل إلى تفسير اللازمات بتفسيرات مفصلة (مثال: "أنا عندي حمى القش ومستمرة معي" على الرغم من أنه ليس الوقت المناسب من العام). عادة ما تكون اللازمات في أسوء حالاتها في مرحلة الطفولة وقد تختفي تقريباً قبل مرحلة مبكرة من البلوغ،
لذا إذا كنت تستكمل هذه الاستمارة لنفسك، قد يكون من المفيد التحدث مع والديك، الأشقاء الأكبر سناً، أو أحد الأقارب، كما يمكنك الإجابة على الأسئلة التالية.

- العمر عند حدوث **أول** اللازمات الحركية؟ .... عام
- وصف **أول** لازمة حركية:

- هل اللازمة بدأت بشكل مفاجئ أم بشكل تدريجي؟

- العمر عند حدوث **أسوء** اللازمات الحركية؟ .... عام

قائمة فحص عرض اللازمة الحركية

من خلال الخانات الفارغة بالأسفل في اليسار، قم بوضع علامة (x) أمام تلك اللازمات التي المريض:

١. مر بها **في وقت ما**

٢. يمر بها **حالياً** (خلال الأسبوع الماضي)

أوضح **عمر البدء** (بالأعوام) إذا ما المريض كان عنده هذا السلوك.

أيضاً ومن خلال أوصاف اللازمة الموجودة بالأسفل، من فضلك قم بوضع **دائرة** أو **خط أسفل** تلك اللازمات المحددة التي مر المريض بتجربتها (دائرة أو خط أسفل الكلمات التي تنطبق عليها).

[بالأعوام]

تعرض المريض أو لاحظ عليه الآخرون نوبات لا إرادية وتبدو أنها نوبات بلا هدف من:	**عمر البدء**	**حالياً**	**في وقت ما**

- **حركات العين.**

الرمش بالعين، التحديق، تدوير العينين بسرعة، تقلُب العينين إلى جانب واحد، أو فتح العينين واسعاً بشكل وجيز جداً.			
إيماءات العين مثل النظر مندهشاً أو مستهجناً، أو النظر لجانب واحد لفترة قصيرة من الوقت، كأن يسمع / تسمع ضوضاء.			

- **حركات الأنف، الفم، اللسان، أو التجهم بالوجه.**

ارتعاش الأنف، عض اللسان، مضغ الشفاه أو لعق الشفاه، عبوس الشفاه، كشف الأسنان، أو طحن الأسنان.			
اتساع فتحة الأنف كما في شم شيء ما، الشم، أو غيرها من الإيماءات التي تشمل الفم، امتلاك تعابير مرحة، بروز اللسان.			

- **هزات/حركات الرأس**

لمس الكتف مع الذقن أو رفع الذقن إلى أعلى.			
إلقاء الرأس إلى الخلف، كأنه يبعد الشعر عن عينيه.			

- **هزات/حركات الكتف**

هز الكتف.			
هز الكتف كما عند قول "لا أعلم".			

- **حركات الذراع أو اليد**

مدّ أو ثني الذراع بسرعة، قضم الأظافر، الوخز بالأصابع، فرقعة المفاصل.			
تمرير اليد في الشعر عند تصفيفه مثل الموضة، أو لمس الأشياء أو الآخرين، القرص، أو العدّ على الأصابع بدون هدف، أو لازمات الكتابة، مثل الكتابة مراراً وتكراراً نفس الحرف أو الكلمة، أو سحب القلم الرصاص للخلف عند الكتابة.			

- **حركات الساق أو القدم أو اصبع القدم**

الركل، الوثب، انحناء الركبة، ثني أو مدّ الكعبين، الاهتزاز، الدبدبة أو النقر بالقدم.			
أخذ خطوة للأمام وخطوتان للخلف، القرفصاء، أو انحناء الركبة بشكل عميق.			

- **حركات البطن/ الجذع/ الحوض**

شد البطن، شد الأرداف.			

- **لازمات حركية بسيطة أخرى**

برجاء كتابة أمثلة: ____________________ ____________________			

- **لازمات حركية معقدة أخرى**

اللمس			
النقر			
الالتقاط			
التسوية			
سلوكيات متهورة			
لازمات معتمدّة على محفز (اللازمة التي تلي، على سبيل المثال، سماع جملة أو صوت محدد، رؤية شيء محدد، شم رائحة محددة). برجاء كتابة الأمثلة: ____________________			
إيماءات غير مهذبة / بذيئة; إيماءات بذيئة بالأصابع / اليد.			
وضعيات بالجسد غير عادية.			
الانحناء أو الدوران، مثل الانحناء بشكل زائد.			
الدوران على قدم واحدة.			
تقليد حركة الآخر (ايكوبراكسيا).			
لازمة مفاجئة تشبه السلوكيات القهرية. برجاء الوصف: ____________________			
لازمة تشبه تلك السلوكيات التي يمكن أن تؤذي / تشوه الآخرين. برجاء الوصف: ____________________			

لازمة إيذاء الذات تلك التي تشبه السلوكيات. برجاء الوصف: ______			

- **لازمات حركية أخرى لاإرادية وفيما يبدو أنها بدون هدف (هذا لا ينطبق على أي تصنيفات سابقة)**

من فضلك وصَف أي أنماط أو تسلسل آخر لسلوكيات اللازمة الحركية: ______ ______ ______ ______ ______			

اللازمات الصوتية

وصف أعراض اللازمة الصوتية. تبدأ اللازمات الصوتية غالباً في الطفولة، وعادة تكون بعد بدء اللازمات الحركية بالفعل، ولكنها يمكن أن تكون الأعراض الأولى للازمات. وتكون مميزة بكلام أو أصوات مفاجئة مثل تنظيف الحلق أو الشم. ويبدو أن نفس اللازمات تعاود الظهور في شكل نوبات خلال اليوم وتبدو بشكل أسوء خلال فترات الإعياء و/أو الضغط.

تحدث العديد من اللازمات بدون سابق إنذار وقد يكون حتى غير ملحوظ من قبل الشخص الذي يقوم بها. اللازمات الأخرى تكون مسبوقة بمنبئات يكون من الصعب وصفها (مثل دفع البعض إلي خدش احتكاك). في عدة حالات نجد أنهم من الممكن أن يقوموا بشكل إرادي بكبح اللازمات لفترة وجيزة من الوقت. وخلال فترة تمتد من أسابيع إلى شهور نجد أن اللازمات الصوتية تتعاظم وتتضعف وأن اللازمات القديمة ربما استبدلت بأخرى جديدة تماماً.

اللازمات الصوتية البسيطة تكون عبارة عن كلام من أصوات سريعة ، لامعنى لها بينما اللازمات الصوتية المعقدة تكون عبارة عن كلام لاإرادي، متكرر، من دون هدف يتضمن كلمات، جمل أو عبارات خارج السياق، مثل التلفظ بكلمات نابية (أي الكوبرولاليا)، أو تكرار ما قاله الآخرين مراراً وتكراراً (أي المصاداة).

ومن الصعب تمييز اللازمات الحركية عن الأفعال القهرية;على أية حال، من غير المعتاد رؤية لازمات معقدة في ظل غياب البسيطة منها. غالباً ما يكون هناك ميل إلى تفسير اللازمات بتفسيرات مفصلة (مثال: "أنا عندي حمى القش ومستمرة معي" على الرغم من أنه ليس الوقت المناسب من العام). عادة ما تكون اللازمات في أسوء حالاتها في مرحلة الطفولة وقد تختفي تقريباً قبل مرحلة مبكرة من البلوغ المبكر، لذا إذا كنت تستكمل هذه الاستمارة لنفسك، قد يكون من المفيد التحدث مع والديك، الأشقاء الأكبر سناً، أو أحد الأقارب، كما يمكنك الإجابة على الأسئلة التالية.

- العمر عند حدوث **أول** اللازمات الصوتية؟ .... عام
- وصف أول **لازمة** صوتية:

- هل اللازمة بدأت بشكل مفاجئ أم بشكل تدريجي؟

العمر عند حدوث **أسوء** اللازمات الصوتية؟ .... عام

قائمة تدقيق عرض اللازمة الصوتية

من خلال الخانات الفارغة بالأسفل في اليسار، قم بوضع علامة (**x**) أمام تلك اللازمات التي المريض

١. مر بها **في وقت ما**

٢. يمر بها **حالياً** (خلال الأسبوع الماضي)

أوضح **عمر البدء** (بالأعوام) إذا ما المريض كان عنده هذا السلوك.

أيضاً ومن خلال أوصاف اللازمة الموجودة بالأسفل، من فضلك قم بوضع **دائرة** أو **خط أسفل** تلك اللازمات المحددة التي مر المريض بتجربتها (دائرة أو خط أسفل الكلمات التي تنطبق عليها).

[بالأعوام]

تعرض المريض أو لاحظ عليه الآخرون نوبات لا إرادية وتبدو أنها نوبات بلا هدف من:	**عمر البدء**	**حالياً**	**في وقت ما**
- الكحة			
- تنظيف الحلق			
- الشم			
- الصفير			

			- أصوات حيوان أو طائر
			- لازمات صوتية بسيطة أخرى. برجاء الذكر: ________
			- مقاطع صوتية. برجاء الذكر: ________ ________
			- كلمات. برجاء الذكر: ________ ________
			- كلمات أو عبارات غير مهذبة أو بذيئة. برجاء الذكر: ________ ________
			- تكرار ما قاله شخص آخر، ربما أصوات أو كلمات مفردة أو جمل وقد يكون تكرار ما قيل على شاشة التلفزيون (الايكولاليا).
			- تكرار شيء قاله المريض مراراً وتكراراً (باليلاليا).
			- لازمة أخرى مثل مشكلات النطق، من قبيل التغيرات المفاجئة في المستوى أو النغمة. برجاء الوصف: ________ ________
			- صف أي أنماط أو تسلسلات أخرى لسلوكيات اللازمة الصوتية: ________ ________

			________________

تقديرات الشدة

العـدّد	حركية	صوتية	
لا يوجد	□	□	٠
لازمة وحيدة	□	□	١
لازمات متعددة منفصلة (٢-٥)	□	□	٢
لازمات متعددة منفصلة (>٥)	□	□	٣
لازمات متعددة منفصلة بالإضافة إلى مالا يقل عن نمط واحد منسق للازمات متعددة متزامنة أو لازمات متتابعة بحيث أنه من الصعب تمييز اللازمات المنفصلة.	□	□	٤
لازمات متعددة منفصلة بالإضافة إلى عدة (>٢) نوبات منسقة للازمات متعددة متزامنة أو لازمات متتابعة بحيث أنه من الصعب تمييز اللازمات المنفصلة.	□	□	٥

التكـرار	حركية	صوتية	
لا يوجد لادليل على سلوك لازمة محدد.	□	□	٠
نادرا كان يوجد سلوك لازمة محدد خلال الأسبوع الماضي. هذا السلوك يحدث بشكل نادر، غالبا ليس على أساس يومي. في حالة حدوث نوبات من اللازمات تكون قصيرة وغير مألوفة.	□	□	١
أحياناً سلوكيات اللازمة المحددة عادة ما تكون موجودة على أساس يومي، ولكن يوجد فترات طويلة خالية من حدوث اللازمة خلال اليوم. قد تحدث نوبات من اللازمات من حين لآخر ولا تستمر لأكثر من بضعة دقائق في المرة.	□	□	٢
كثيراً سلوك اللازمة المحدد يكون موجود على أساس يومي. وليس من الشائع وجود فترات خالية من حدوث لازمة تدوم ٣ ساعات. تحدث نوبات من اللازمات بصورة منتظمة ولكن قد تقتصر على مكان بعينه.	□	□	٣
بشكل دائم تقريباً سلوكيات اللازمة المحددة تكون موجود فعلياً في كل ساعة استيقاظ في كل يوم، وتحدث فترات من سلوك اللازمة المتواصل بانتظام. تحدث	□	□	٤

نوبات من اللازمات بشكل شائع وتكون غير مرتبطة بمكان واحد فقط.			
دائماً سلوكيات اللازمة المحددة موجودة تقريباً طوال الوقت. من الصعب التعرف على فترات خالية من حدوث لازمة ولا تستمر أكثر من ٥ إلى ١٠ دقائق على الأكثر.	□	□	٥

الشـدة		
لا يوجد	□	٠
أدنى شدة اللازمات غير مرئية أو مسموعة (استنادا فقط على التجربة الخاصة بالمريض) أو اللازمات الأقل قوة مقارنة بالأفعال الإرادية وعادة ما تكون غير ملاحظة بسبب شدتها.	□	١
شدة بسيطة اللازمات ليست أكثر قوة مقارنة بالكلام والأفعال الإرادية وعادة ما تكون غير ملاحظة بسبب شدتها	□	٢
شدة متوسطة اللازمات تكون أكثر قوة مقارنة بالأفعال الإرادية ولكن ليست خارج نطاق التعبير الطبيعي مقارنة بالكلام والأفعال الإرادية. ويمكن أن تلفت الانتباه إلى الفرد بسبب طابعها القوي.	□	٣
شدة ملحوظة اللازمات تكون أكثر قوة مقارنة بالأفعال الإرادية وعادة ما يكون لها طابع "مبالغ فيه". مثل هذه اللازمات تلفت الانتباه إلى الفرد في كثير من الأحيان بسبب طابعها القوي والمبالغ فيه.	□	٤
شدة حادة تكون اللازمات قوية للغاية ومبالغ في التعبير عنها. وهذه اللازمات تلفت الانتباه إلى الفرد ويمكن أن تؤدي إلى خطر الإصابة الجسدية (عرضّية، مستثارة، أحدثها لنفسه) بسبب التعبير عنها بقوة.	□	٥

التداخل	**حركية**	**صوتية**	
لا يوجد	□	□	٠
الحد الأدنى عند وجود اللازمات، فأنها لا تقاطع انسياب السلوك أو الكلام.	□	□	١
بسيط عند وجود اللازمات، فأنها في بعض الأحيان تقاطع انسياب السلوك أو الكلام.	□	□	٢
متوسط عند وجود اللازمات، فأنها كثيراً ما تقاطع انسياب السلوك أو الكلام.	□	□	٣

ملحوظ عند وجود اللازمات، فأنها كثيراً ما تقاطع انسياب السلوك أو الكلام، كما أنها في بعض الأحيان تعيق التواصل أو النشاط المستهدف.	□	□	٤
حاد عند وجود اللازمات، فأنها كثيراً ما تعيق التواصل أو النشاط المستهدف.	□	□	٥

الضـرر		
لا يوجد	□	٠
الحد الأدنـى اللازمات تكون مصحوبة بصعوبات طفيفة فـي تقدير الـذات، الحياة الأسرية، القبول الاجتماعي، أو المدّرسة أو أداء العمل (انزعاج أو قلق غير متكرر إزاء اللازمات وذلك حيال المستقبل، زيادة طفيفة دورية في التوترات الأسرية بسبب اللازمات، الأصدقاء أو الأقارب أو المعارف قد يلاحظوا اللازمات أو يقوموا بالتعليق عليها بأسلوب مزعج).	□	١٠
بسيط اللازمات تكون مصحوبة بصعوبات بسيطة في تقدير الذات، الحياة الأسرية، القبول الاجتماعي، أو المدّرسة أو أداء العمل.	□	٢٠
متوسط اللازمات تكون مصحوبة ببعض المشكلات الواضحة في تقدير الذات، الحياة الأسرية، القبول الاجتماعي، أو المدّرسة أو أداء العمل (حلقات من الضجر، الكرب بشكل دوري وعدم الاستقرار داخل الأسرة، مضايقة متكررة من قبل الأقران أو التجنب الاجتماعي العرضي، وجود تضارب بشكل دوري في المدّرسة أو الأداء الوظيفي بسبب اللازمات).	□	٣٠
ملحوظ اللازمات تكون مصحوبة بصعوبات كبيرة في تقدير الذات، الحياة الأسرية، القبول الاجتماعي، أو المدّرسة أو أداء العمل.	□	٤٠
حـاد اللازمات تكون مصحوبة بصعوبات بالغة في تقدير الذات، الحياة الأسرية، القبول الاجتماعي، أو المدّرسة أو أداء العمل (اكتئاب حاد مع التفكير في الانتحار، اختلال الأسرة (انفصال/طلاق، إيداع في مؤسسة داخلية)، تمزق الروابط الاجتماعية – حياة مقيدة بشدة بسبب الوصمة الاجتماعية والتجنب الاجتماعي، الرحيل عن المدّرسة أو فقدان العمل).	□	٥٠

الدرجات

	العدّد (٠–٥)	التكرار (٠–٥)	الشدة (٠–٥)	التعقيد (٠–٥)	التداخل (٠–٥)	المجموع (٠–٢٥)
شدة اللازمات الحركية						
شدة اللازمات الصوتية						

مجموع نقاط شدة اللازمة = شدة اللازمة الحركية + شدة اللازمة الصوتية (٠–٥٠)	
مجموع نقاط مقياس يال العالمي لشدة اللازمة (مجموع نقاط شدة اللازمة + الضرر) (٠–١٠٠)	

ملحق رقم (٢)

محتوى جلسات

برنامج تعديل السلوك لخفض معدل اللازمات الحركية.

(إعداد / الباحث)

الجلسة الأولى – الثانية

أهداف الجلسة:

١. خلق علاقة ودية مع الطفل.
٢. ملاحظة الطفل خلال الجلسة.
٣. التعرف على تاريخ اللازمات معه.
٤. تقييم شدة اللازمة لدى الطفل.

زمن الجلسة :

٦٠ دقيقة.

الأدوات المستخدمة:

معززات، استمارة جمع بيانات، مقياس شدة اللازمة.

الفنيات المستخدمة:

التعزيز.

إجراءات الجلسة:

١. يقوم الباحث باستقبال الأهل.
٢. يقوم الباحث بالتعرف على الطفل والحديث معه حول اهتماماته وحياته العامة.
٣. يقوم الباحث بالوقوف على تكرار اللازمات للطفل خلال الجلسة والوقوف على ابرزها.
٤. يقوم الباحث بالوقوف على تاريخ المشكلة لدى الطفل منذ بداية ظهورها.
٥. يقوم الباحث بالوقوف على المشكلات المصاحبة للازمات لدى الطفل.
٦. يقوم الباحث بتحديد الميعاد القادم.

==============

الجلسة الثالثة

أهداف الجلسة:

- تعريف الأهل بالمتلازمة، والخصائص المميزة لها، والمشكلات المصاحبة.
- تعريف الأهل بالعلاج السلوكي، والفنيات المستخدمة خلال البرنامج العلاجي.
- ترتيب اللازمات الحركية الموجودة لدى الطفل/ة بشكل تنازلي حسب الشدة.
- تعريف الأهل أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة.

- خلق علاقة ودية مع الطفل.
- ملاحظة الطفل خلال الجلسة.

زمن الجلسة :

٤٥ دقيقة.

الأدوات:

استمارة التقييم الوظيفي، معززات، مادة علمية مبسطة عن متلازمة توريت، ألعاب.

الفنيات المستخدمة:

التعزيز.

إجراءات الجلسة:

١. يقوم الباحث باستقبال الأهل.
٢. يقوم الباحث بتوزيع مادة علمية مبسطة مطبوعة عن اللازمة، التعريف، الأسباب، السمات، الاضطرابات المصاحبة، التدخلات العلاجية.
٣. يقوم الباحث بشرح مبسط لمعنى العلاج السلوكي، فنياته، دوره في الحد من اللازمات الحركية لدى الطفل.
٤. يقوم الباحث بترتيب اللازمات الحركية الموجودة لدى الطفل من أكثرها شدة إلى أقلها شدة.
٥. يقوم الباحث بتعريف الأهل ماهية التدخل المرتكز على الوظيفة، وما يعنيه سوابق السلوك والعوامل التي تؤثر في زيادة حدوث اللازمات، و لواحق السلوك والعوامل التي تعزز حدوث اللازمات وتجعل نسب حدوثها في المستقبل بشكل أكثر.
٦. يقوم الباحث باللعب مع الطفل في جزء من الجلسة، وتوزيع معززات عليه قبل رحيله.
٧. يقوم الباحث بتحديد الميعاد القادم.

==============

الجلسة الرابعة

أهداف الجلسة:

١. اختيار اللازمة الأولى التي سيتم البدء بعلاجها.
٢. أن يتعرف الأهل على كيفية ملئ استمارة التقييم الوظيفي للازمة الأولى.
٣. تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.

زمن الجلسة:

٤٥ دقيقة.

الأدوات:

معززات مادية (حلويات)، استمارة التقييم الوظيفي.

الفنيات المستخدمة:

التعزيز الإيجابي، الواجب المنزلي، الملاحظة، المناقشة والحوار المفتوح.

إجراءات الجلسة:

١. يقوم الباحث باستقبال الأهل.
٢. يقوم الباحث بالرد على تساؤلات الأهل بخصوص المعلومات التي تم تقديمها لهم في الجلسات الماضية.
٣. يقوم الباحث بالاتفاق مع الأهل على اللازمة الحركية الأولى التي سيتم العمل على الحد منها.
٤. يقوم الباحث بتدريب الأهل على كيفية ملئ استمارة التقييم الوظيفي للازمة الحركية الأولى خلال الأيام القادمة.
٥. يقوم الباحث بتدريب الأهل على زيادة الثقة بالذات لدى الطفل من خلال التعزيز لسلوكه، وتكليفه بمهام بسيطة وتعزيزه عليها، وزيادة مساحة حرية الاختيار لدى الطفل في حياته اليومية.
٦. يقوم الباحث بتدريب الطفل على زيادة الثقة بالذات من خلال ذكر أفعال إيجابية قام الطفل بفعلها في الفترة الماضية.
٧. يقوم الباحث بإعطاء الأهل واجب منزلي خلال الأيام القادمة، وهو ملئ استمارة التقييم الوظيفي و تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.

==================

الجلسة الخامسة

أهداف الجلسة:

١. مناقشة استمارة التقييم الوظيفي للسلوك.
٢. استخدام أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة في اللازمة الأولى.
٣. ملاحظة الطفل خلال الجلسة.
٤. خلق علاقة ودية مع الطفل.
٥. تحديد ميعاد الجلسة القادم.

زمن الجلسة :

٤٥ دقيقة.

الأدوات:

معززات مادية (حلويات، ألعاب)، استمارة التقييم الوظيفي.

الفنيات المستخدمة:

الملاحظة، التعزيز الإيجابي، المناقشة والحوار المفتوح، الواجب المنزلي.

إجراءات الجلسة:

١. يقوم الباحث باستقبال الأهل
٢. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في استمارة التقييم الوظيفي للازمة الأولى.
٣. يقوم الباحث بتحديد السوابق المتكررة لحدوث اللازمة الأولى.
٤. يقوم الباحث بتحديد اللواحق المتكررة لحدوث اللازمة الأولى.
٥. يقوم الباحث بتعديل السوابق المتكررة لحدوث اللازمة الأولى مثل (وجود ضغوط دراسية شديدة على الطفل)، وإبداله بتقسيم وقت الواجبات المنزلية إلى عدة فترات مدة الفترة الواحدة ٣٠ دقيقة متصلة يتخللهم راحات لمدة ٥ دقائق بين كل فترة.
٦. يقوم الباحث بتعديل اللواحق المتكررة لحدوث اللازمة الأولى التي يفعلها المحيطين بالطفل مثل (العقاب، الزجر، السخرية)، وإبدالها بأسلوب التجاهل.
٧. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في شيء إيجابي واحد على الأقل حدث له خلال الفترة الماضية.
٨. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في العقبات والمشكلات التي تواجهه في الفترة الماضية.
٩. يقوم الباحث بإعطاء الأهل واجب منزلي خلال الأيام القادمة، وهو البدء بتعديل اللواحق والسوابق المتكررة لحدوث اللازمة و تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.
١٠. يقوم الباحث بتحديد ميعاد الجلسة القادم.

================

الجلسة السادسة

أهداف الجلسة:

١. مناقشة الأهل في تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الأولى.
٢. تدريب الأهل على أسلوب المكافآت السلوكية.
٣. خلق علاقة ودية مع الطفل.
٤. ملاحظة الطفل خلال الجلسة.

زمن الجلسة :

٤٥ دقيقة

الأدوات:

معززات (العاب، حلويات)، استمارة التقييم الوظيفي.

الفنيات المستخدمة:

المكافآت السلوكية، الملاحظة، التعزيز الإيجابي، المناقشة والحوار المفتوح، الواجب المنزلي.

إجراءات الجلسة:

١. يقوم الباحث باستقبال الأهل.
٢. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في تنفيذهم لأسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الأولى.
٣. يقوم الباحث بإعطاء التعديلات والتوصيات الجديدة الخاصة بتنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الأولى.
٤. يقوم الباحث بتعريف الأهل بأسلوب المكافآت السلوكية، حيث يحتسب للطفل المهام المكلف بها يومياً مثل إجراء تدريبات ما أو الانتهاء من واجباته المدرسية ومن ثم يكون هناك مقابل عدد كل مرات متفق عليها معزز ما يحصل عليه الطفل عند انتهائه من المهام المتفق عليها، وذلك من خلال إعداد جدول بالمهام المكلف بها ليتم احتساب عدد مرات حدوث السلوك الإيجابي، وكذلك إعداد جدول بالمكافآت التي سيختار الطفل من بينها عند إتمام المهام المكلف بها.
٥. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في شيء إيجابي واحد على الأقل حدث له خلال الفترة الماضية.
٦. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في العقبات والمشكلات التي تواجهه في الفترة الماضية.
٧. يقوم الباحث بإعطاء الأهل واجب منزلي خلال الأيام القادمة، وهو البدء باستخدام نظام المكافآت السلوكية خلال الحياة اليومية للطفل، والاستمرار في العمل بأسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الأولى، و تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.
٨. يقوم الباحث بتحديد ميعاد الجلسة القادم.

================

الجلسة السابعة

أهداف الجلسة:

١. مناقشة الأهل في تنفيذ أسلوب المكافآت السلوكية.
٢. تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.
٣. ملاحظة الطفل خلال الجلسة.
٤. التعرف على العقبات التي تواجه الطفل الأسبوع الماضي.
٥. تعريف الأهل بإجراءات ومكونات أسلوب عكس العادة.

٦. تدريب الأهل والطفل على مكون التدريب على الوعي للازمة الأولى.

زمن الجلسة :

٤٥ دقيقة.

الأدوات:

معززات (العاب، حلويات)، جدول المكافآت السلوكية، استمارة التقييم الوظيفي.

الفنيات المستخدمة:

المكافآت السلوكية، الملاحظة، التعزيز الإيجابي، المناقشة والحوار المفتوح، النمذجة، الواجب المنزلي.

إجراءات الجلسة:

١. يقوم الباحث باستقبال الأهل.
٢. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في تنفيذهم لأسلوب المكافآت السلوكية.
٣. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في سير العمل وفقاً لأسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الأولى.
٤. يقوم الباحث بتعريف الأهل بخصوص أسلوب التدريب على عكس العادة، ومكونات الأسلوب الثلاثة (التدريب على الوعي، الاستجابة المتنافسة، الدعم الاجتماعي)، والرد على كل التساؤلات بخصوص الأسلوب.
٥. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في شيء إيجابي واحد على الأقل حدث له خلال الفترة الماضية.
٦. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في العقبات والمشكلات التي تواجهه في الفترة الماضية.
٧. يقوم الباحث بتدريب الأهل والطفل على المكون الأول لأسلوب التدريب على عكس العادة وهو التدريب على الوعي للازمة الأولى، ويتم ذلك من خلال تدريب الطفل على ملاحظة اللازمة في كل مرة تحدث للوقوف على الأعراض الجسدية التي تسبق حدوث اللازمة "المنبئات التحذيرية" مثل (الشعور بنغزة في الصدر، الشعور بألم في الرقبة، الشعور بضيق في الصدر).
٨. يقوم الباحث بإعطاء الأهل واجب منزلي خلال الأيام القادمة، وهو تدريب الطفل كل يوم على ملاحظات المنبئات التحذيرية التي تسبق اللازمة الأولى، والاستمرار على العمل باستخدام نظام المكافآت السلوكية خلال الحياة اليومية للطفل، والاستمرار في العمل بأسلوب التدخل المرتكز على الوظيف للازمة الأولى، و تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.
٩. يقوم الباحث بإعطاء الطفل واجب منزلي خلال الأيام القادمة، وهو ملاحظة المنبئات التحذيرية التي سبق حدوث اللازمة خلال الأيام القادمة.

١٠. يقوم الباحث بتحديد ميعاد الجلسة القادم.

================

الجلسة الثامنة

أهداف الجلسة:

١. مناقشة الأهل في تنفيذ أسلوب المكافآت السلوكية.
٢. مناقشة الأهل في تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للّلازمة الأولى.
٣. مناقشة الأهل والطفل في التدريب على الوعي للّلازمة الأولى.
٤. تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.
٥. ملاحظة الطفل خلال الجلسة.
٦. التعرف على العقبات التي تواجه الطفل الأسبوع الماضي.

زمن الجلسة :

٤٥ دقيقة.

الأدوات:

معززات (العاب، حلويات)، جدول المكافآت السلوكية، استمارة التقييم الوظيفي.

الفنيات المستخدمة:

المكافآت السلوكية، الملاحظة، التعزيز الإيجابي، المناقشة والحوار المفتوح، النمذجة، الواجب المنزلي.

إجراءات الجلسة:

١. يقوم الباحث باستقبال الأهل.
٢. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في تنفيذهم لأسلوب المكافآت السلوكية، مع إدراج تعاون الطفل في تنفيذ توصية ملاحظة المنبئات التحذيرية في جدول المكافآت.
٣. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في سير العمل وفقاً لأسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للّازمة الأولى.
٤. يقوم الباحث بالرد على تساؤلات الأهل بخصوص أسلوب التدريب على عكس العادة.
٥. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في شيء إيجابي واحد على الأقل حدث له خلال الفترة الماضية.
٦. يقوم الباحث بملاحظة حدوث اللازمة الأولى من عدمه خلال الجلسة.
٧. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في العقبات والمشكلات التي تواجهه في الفترة الماضية.

٨. يقوم الباحث بمناقشة الأهل والطفل بخصوص التدريب على المكون الأول لأسلوب التدريب على عكس العادة (التدريب على الوعي).

٩. يقوم الباحث بإعطاء الأهل واجب منزلي خلال الأيام القادمة، وهو تدريب الطفل كل يوم على ملاحظات المنبئات التحذيرية التي تسبق اللازمة الأولى، والاستمرار على العمل باستخدام نظام المكافآت السلوكية خلال الحياة اليومية للطفل، والاستمرار في العمل بأسلوب التدخل المرتكز على الوظيف للازمة الأولى، و تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.

١٠. يقوم الباحث بإعطاء الطفل واجب منزلي خلال الأيام القادمة، وهو ملاحظة المنبئات التحذيرية التي سبق حدوث اللازمة خلال الأيام القادمة.

١١. يقوم الباحث بتحديد ميعاد الجلسة القادم.

================

الجلسة التاسعة

أهداف الجلسة:

١. مناقشة الأهل في تنفيذ أسلوب المكافآت السلوكية.
٢. مناقشة الأهل في تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الأولى.
٣. مناقشة الأهل والطفل في التدريب على الوعي للازمة الأولى.
٤. تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.
٥. تدريب الطفل على مكون الاستجابة المتنافسة للازمة الأولى.
٦. تدريب الأهل على مكون الدعم الاجتماعي.
٧. التعرف على العقبات التي تواجه الطفل الأسبوع الماضي.

زمن الجلسة :

٤٥ دقيقة.

الأدوات:

معززات (العاب، حلويات)، جدول المكافآت السلوكية، استمارة التقييم الوظيفي.

الفنيات المستخدمة:

المكافآت السلوكية، الملاحظة، التعزيز الإيجابي، المناقشة والحوار المفتوح، النمذجة، الواجب المنزلي.

إجراءات الجلسة:

١. يقوم الباحث باستقبال الأهل.
٢. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في تنفيذهم لأسلوب المكافآت السلوكية، مع إدراج تعاون الطفل في تنفيذ توصية ملاحظة المنبئات التحذيرية والمكون الثاني لأسلوب التدريب على عكس العادة (الاستجابة المتنافسة) للازمة الأولى في جدول المكافآت.
٣. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في سير العمل وفقاً لأسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الأولى.
٤. يقوم الباحث بتدريب الأهل والطفل على المكون الثاني لأسلوب التدريب على عكس العادة (الاستجابة المتنافسة) وهو أن يقوم الطفل بإصدار رد فعلي حركي اخر غير اللازمة الحركية الأولى سواء عند حدوثها أو شعوره بالمنبئات التحذيرية وأن اللازمة على وشك الحدوث.
٥. يقوم الباحث بتدريب الأهل على المكون الثالث لأسلوب التدريب على عكس العادة (الدعم الاجتماعي) وهو تقديم كل سبل الدعم للطفل في البيئة المحيطة به لكي يتحكم بشكل أفضل في اللازمة، مع عدم تعليق الأهل بأي شكل على اللازمات عند حدوثها، وتشجيعه المستمر للالتزام في تنفيذ المهام والتوصيات المكلف بها.
٦. يقوم الباحث بالرد على تساؤلات الأهل بخصوص أسلوب التدريب على عكس العادة.
٧. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في شيء إيجابي واحد على الأقل حدث له خلال الفترة الماضية.
٨. يقوم الباحث بملاحظة حدوث اللازمة الأولى من عدمه خلال الجلسة.
٩. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في العقبات والمشكلات التي تواجهه في الفترة الماضية.
١٠. يقوم الباحث بإعطاء الأهل واجب منزلي خلال الأيام القادمة، وهو تدريب الطفل كل يوم على ملاحظات المنبئات التحذيرية التي تسبق اللازمة الأولى، استخدام أسلوب الاستجابة المتنافسة بشكل دائم، والاستمرار على العمل باستخدام نظام المكافآت السلوكية خلال الحياة اليومية للطفل، والاستمرار في العمل بأسلوب التدخل المرتكز على الوظيف للازمة الأولى، و تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.
١١. يقوم الباحث بإعطاء الطفل واجب منزلي خلال الأيام القادمة، وهو ملاحظة المنبئات التحذيرية التي تسبق حدوث اللازمة خلال الأيام القادمة، مع استخدام أسلوب الاستجابة المتنافسة بشكل دائم عند الإحساس بالمنبئات التحذيرية أو حدوث اللازمة بالفعل .
١٢. يقوم الباحث بتحديد ميعاد الجلسة القادم.

================

الجلسة العاشرة

أهداف الجلسة:

١. مناقشة الأهل في تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الأولى.
٢. مناقشة الأهل في أسلوب العلاج بعكس العادة للازمة الأولى.
٣. تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.
٤. مناقشة الطفل في تنفيذ مكون الاستجابة المتنافسة للازمة الأولى.
٥. التعرف على العقبات التي تواجه الطفل الأسبوع الماضي.
٦. ملئ استمارة التقييم الوظيفي للازمة الثانية.

زمن الجلسة :

٤٥ دقيقة.

الأدوات:

معززات (العاب، حلويات)، جدول المكافآت السلوكية، استمارة التقييم الوظيفي.

الفنيات المستخدمة:

المكافآت السلوكية، الملاحظة، التعزيز الإيجابي، المناقشة والحوار المفتوح، الواجب المنزلي.

إجراءات الجلسة:

١. يقوم الباحث باستقبال الأهل.
٢. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في تنفيذهم لأسلوب المكافآت السلوكية.
٣. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في سير العمل وفقاً لأسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الأولى.
٤. يقوم الباحث بالاتفاق مع الأهل على اللازمة الحركية الثانية التي سيتم العمل على الحد منها.
٥. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في تنفيذ مكونات أسلوب التدريب على عكس العادة (التدريب على الوعي، الاستجابة المتنافسة، الدعم الاجتماعي)، والوقوف على أي عقبات تواجههم في التنفيذ والرد على أي تساؤلات بخصوص هذا الأسلوب.
٦. يقوم الباحث بتدريب الأهل على كيفية ملئ استمارة التقييم الوظيفي للازمة الحركية الثانية خلال الأيام القادمة.
٧. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في شيء إيجابي واحد على الأقل حدث له خلال الفترة الماضية.
٨. يقوم الباحث بملاحظة حدوث اللازمة الأولى من عدمه خلال الجلسة.

٩. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في العقبات والمشكلات التي تواجهه في الفترة الماضية.

١٠. يقوم الباحث بإعطاء الأهل واجب منزلي خلال الأيام القادمة، وهو ملئ استمارة التقييم الوظيفي للازمة الثانية، والاستمرار في العمل بأسلوب التدريب على عكس العادة للازمة الأولى، والاستمرار على العمل باستخدام نظام المكافآت السلوكية خلال الحياة اليومية للطفل، والاستمرار في العمل بأسلوب التدخل المرتكز على الوظيف للازمة الأولى، و تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.

١١. يقوم الباحث بإعطاء الطفل واجب منزلي خلال الأيام القادمة، وهو ملاحظة المنبئات التحذيرية التي تسبق حدوث اللازمة خلال الأيام القادمة، مع استخدام أسلوب الاستجابة المتنافسة بشكل دائم عند الإحساس بالمنبئات التحذيرية أو حدوث اللازمة بالفعل .

١٢. يقوم الباحث بتحديد ميعاد الجلسة القادم.

الجلسة الحادية عشر

أهداف الجلسة:

١. تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الثانية.
٢. تدريب الأهل والطفل على مكون التدريب على الوعي للازمة الثانية.
٣. تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.
٤. تدريب الأهل والطفل على تنفيذ مكون الاستجابة المتنافسة للازمة الثانية.
٥. التعرف على العقبات التي تواجه الطفل الأسبوع الماضي.

زمن الجلسة :

٤٥ دقيقة.

الأدوات:

معززات (العاب، حلويات)، جدول المكافآت السلوكية، استمارة التقييم الوظيفي.

الفنيات المستخدمة:

المكافآت السلوكية، الملاحظة، التعزيز الإيجابي، المناقشة والحوار المفتوح، الواجب المنزلي.

إجراءات الجلسة:

١. يقوم الباحث باستقبال الأهل.
٢. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في تنفيذهم لأسلوب المكافآت السلوكية.
٣. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في سير العمل وفقاً لأسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الأولى.
٤. يقوم الباحث بتدريب الأهل على تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الثانية.
٥. يقوم الباحث بتدريب الأهل والطفل على المكون الأول لأسلوب التدريب على عكس العادة وهو التدريب على الوعي للازمة الثانية، ويتم ذلك من خلال تدريب الطفل على ملاحظة اللازمة في كل مرة تحدث للوقوف على الأعراض الجسدية التي تسبق حدوث اللازمة "المنبئات التحذيرية" مثل (الشعور بنغزة في الصدر، الشعور بألم في الرقبة، الشعور بضيق في الصدر).
٦. يقوم الباحث بتدريب الأهل والطفل على المكون الثاني لأسلوب التدريب على عكس العادة (الاستجابة المتنافسة) وهو أن يقوم الطفل بإصدار رد فعلي حركي اخر غير اللازمة الحركية الثانية سواء عند حدوثها أو شعوره بالمنبئات التحذيرية وأن اللازمة على وشك الحدوث.
٧. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في شيء إيجابي واحد على الأقل حدث له خلال الفترة الماضية.
٨. يقوم الباحث بملاحظة حدوث اللازمة الأولى والثانية من عدمه خلال الجلسة.
٩. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في العقبات والمشكلات التي تواجهه في الفترة الماضية.
١٠. يقوم الباحث بإعطاء الأهل واجب منزلي خلال الأيام القادمة في العمل بأسلوب التدريب على عكس العادة للازمة الثانية، والاستمرار على العمل باستخدام نظام المكافآت السلوكية خلال الحياة اليومية للطفل، والعمل بأسلوب التدخل المرتكز على الوظيف للازمة الثانية، و تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.
١١. يقوم الباحث بإعطاء الطفل واجب منزلي خلال الأيام القادمة، وهو ملاحظة المنبئات التحذيرية التي تسبق حدوث اللازمة خلال الأيام القادمة، مع استخدام أسلوب الاستجابة المتنافسة بشكل دائم عند الإحساس بالمنبئات التحذيرية أو حدوث اللازمة بالفعل، وذلك للازمة الأولى والثانية .
١٢. يقوم الباحث بتحديد ميعاد الجلسة القادم.

===============

الجلسة الثانية عشر

أهداف الجلسة:

١. مناقشة الأهل في تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الثانية .
٢. مناقشة الأهل في أسلوب المكافآت السلوكية المتبع.

٣. تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.
٤. مناقشة الأهل والطفل في تنفيذ مكون الاستجابة المتنافسة للازمة الثانية.
٥. التعرف على العقبات التي تواجه الطفل الأسبوع الماضي.

زمن الجلسة :

٤٥ دقيقة

الأدوات:

معززات (العاب، حلويات)، جدول المكافآت السلوكية، استمارة التقييم الوظيفي.

الفنيات المستخدمة:

المكافآت السلوكية، الملاحظة، التعزيز الإيجابي، المناقشة والحوار المفتوح، التغذية الراجعة، الواجب المنزلي.

إجراءات الجلسة:

١. يقوم الباحث باستقبال الأهل.
٢. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في تنفيذهم لأسلوب المكافآت السلوكية.
٣. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في سير العمل وفقاً لأسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الثانية.
٤. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في تنفيذ مكونات أسلوب التدريب على عكس العادة (التدريب على الوعي، الاستجابة المتنافسة، الدعم الاجتماعي) للازمة الثانية، والوقوف على أي عقبات تواجههم في التنفيذ والرد على أي تساؤلات بخصوص هذا الأسلوب.
٥. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في شيء إيجابي واحد على الأقل حدث له خلال الفترة الماضية.
٦. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في تنفيذ أسلوب التدريب على الوعي والاستجابة المتنافسة للازمة الثانية.
٧. يقوم الباحث بملاحظة حدوث اللازمة الأولى والثانية من عدمه خلال الجلسة.
٨. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في العقبات والمشكلات التي تواجهه في الفترة الماضية.
٩. يقوم الباحث بإعطاء الأهل واجب منزلي خلال الأيام القادمة في العمل بأسلوب التدريب على عكس العادة للازمة الثانية، والاستمرار على العمل باستخدام نظام المكافآت السلوكية خلال

الحياة اليومية للطفل، والعمل بأسلوب التدخل المرتكز على الوظيف لللازمة الثانية، و تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.

١٠. يقوم الباحث بإعطاء الطفل واجب منزلي خلال الأيام القادمة، وهو العمل بأسلوب التدريب على الوعي والاستجابة المتنافسة، وذلك للازمة الثانية .

١١. يقوم الباحث بتحديد ميعاد الجلسة القادم.

================

الجلسة الثالثة عشر

أهداف الجلسة:

١. مراجعة إجراءات تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الأولى والثانية .
٢. مناقشة الأهل في أسلوب المكافآت السلوكية المتبع خلال الحياة اليومية.
٣. مراجعة إجراءات أسلوب العلاج بعكس العادة للازمة الأولى والثانية مع الأهل.
٤. تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.
٥. مناقشة الطفل في تنفيذ مكون الاستجابة المتنافسة للازمة الأولى والثانية.
٦. التعرف على العقبات التي تواجه الطفل الأسبوع الماضي.
٧. تقديم معلومات للأهل بخصوص تدريبات الاسترخاء التي ستستخدم في الجلسات العلاجية.
٨. ملئ استمارة التقييم الوظيفي للازمة الحركية الثالثة.

زمن الجلسة :

٤٥ دقيقة.

الأدوات:

معززات (العاب، حلويات)، جدول المكافآت السلوكية، استمارة التقييم الوظيفي.

الفنيات المستخدمة:

المكافآت السلوكية، الملاحظة، التعزيز الإيجابي، المناقشة والحوار المفتوح، التغذية الراجعة، الواجب المنزلي، الاسترخاء.

إجراءات الجلسة:

١. يقوم الباحث باستقبال الأهل.
٢. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في تنفيذهم لأسلوب المكافآت السلوكية خلال الحياة اليومية، ومدى فاعليته في تحفيز الطفل في الالتزام بالتمارين المكلف بها.

٣. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في سير العمل وفقاً لأسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الأولى والثانية، والوقوف على أي عقبات تقف في سبيل العمل به.
٤. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في تنفيذ مكونات أسلوب التدريب على عكس العادة (التدريب على الوعي، الاستجابة المتنافسة، الدعم الاجتماعي) ، وذلك للازمة الأولى والثانية والوقوف على أي عقبات تواجههم في التنفيذ والرد على أي تساؤلات بخصوص هذا الأسلوب.
٥. يقوم الباحث بتعريف الأهل بتدريبات الاسترخاء، فائدتها، كيفية تنفيذها، والرد على استفسارات الأهل بخصوصها.
٦. يقوم الباحث بالاتفاق مع الأهل على اللازمة الحركية الثالثة التي سيتم العمل على الحد منها.
٧. يقوم الباحث بتدريب الأهل على كيفية ملئ استمارة التقييم الوظيفي للازمة الحركية الثالثة خلال الأيام القادمة.
٨. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في شيء إيجابي واحد على الأقل حدث له خلال الفترة الماضية.
٩. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في تنفيذ أسلوب التدريب على الوعي والاستجابة المتنافسة للازمة الأولى والثانية، والوقوف على التعديلات اللازمة على سير التدريب.
١٠. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في العقبات والمشكلات التي تواجهه في الفترة الماضية.
١١. يقوم الباحث بإعطاء الأهل واجب منزلي خلال الأيام القادمة في الاستمرارية بالعمل بأسلوب التدريب على عكس العادة للازمة الأولى والثانية، والاستمرار على العمل باستخدام نظام المكافآت السلوكية خلال الحياة اليومية للطفل، والعمل بأسلوب التدخل المرتكز على الوظيف للازمة الأولى والثانية، وتعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.
١٢. يقوم الباحث بإعطاء الطفل واجب منزلي خلال الأيام القادمة، وهو الاستمرار في العمل بأسلوب التدريب على الوعي والاستجابة المتنافسة، وذلك للازمة الأولى والثانية .
١٣. يقوم الباحث بتحديد ميعاد الجلسة القادم.

================

الجلسة الرابعة عشر

أهداف الجلسة:

١. تدريب الأهل والطفل على مكون التدريب على الوعي للازمة الثالثة.
٢. تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الثالثة.
٣. مناقشة الأهل في أسلوب المكافآت السلوكية المتبع.
٤. تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.
٥. مناقشة الطفل في تنفيذ مكون الاستجابة المتنافسة للازمة الأولى والثانية.

٦. التعرف على العقبات التي تواجه الطفل الأسبوع الماضي.
٧. تدريب الطفل والأهل على تدريب التنفس البطني.

زمن الجلسة :

٤٥ دقيقة.

الأدوات:

معززات (العاب، حلويات)، جدول المكافآت السلوكية، استمارة التقييم الوظيفي.

الفنيات المستخدمة:

المكافآت السلوكية، الملاحظة، التعزيز الإيجابي، المناقشة والحوار المفتوح، النمذجة، التغذية الراجعة، الواجب المنزلي.

إجراءات الجلسة:

١. يقوم الباحث باستقبال الأهل.
٢. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في استمارة التقييم الوظيفي للازمة الحركية الثالثة.
٣. يقوم الباحث بتدريب الأهل على تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الثالثة.
٤. يقوم الباحث بتدريب الأهل والطفل على المكون الأول لأسلوب التدريب على عكس العادة وهو التدريب على الوعي وذلك للازمة الثالثة، ويتم ذلك من خلال تدريب الطفل على ملاحظة اللازمة في كل مرة تحدث للوقوف على الأعراض الجسدية التي تسبق حدوث اللازمة "المنبئات التحذيرية" مثل (الشعور بنغزة في الصدر، الشعور بألم في الرقبة، الشعور بضيق في الصدر).
٥. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في كيفية تنفيذه لمكون الاستجابة المتنافسة للازمة الأولى والثانية، والوقوف على مدى تقدم الطفل في التحكم في حدوث اللازمات.
٦. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في شيء إيجابي واحد على الأقل حدث له خلال الفترة الماضية.
٧. يقوم الباحث بتدريب الطفل والأهل على الجزء الأول من تدريب الاسترخاء بالتنفس البطني، وذلك من خلال قيام الطفل بالشهيق من الأنف فقط والزفير من الفم فقط بشكل بطيء وعميق وذلك لمدة دقيقة متصلة، مع تنفيذ التمرين ثلاث مرات يتوسط كل مرة ٣٠ ثانية راحة.
٨. يقوم الباحث بملاحظة حدوث اللازمة الأولى والثانية من عدمه خلال الجلسة.
٩. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في العقبات والمشكلات التي تواجهه في الفترة الماضية.
١٠. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في شيء إيجابي واحد على الأقل حدث له خلال الفترة الماضية.

١١. يقوم الباحث بإعطاء الأهل واجب منزلي خلال الأيام القادمة، وهو تنفيذ الطفل لتدريبات التنفس البطني كل يوم، والعمل بأسلوب التدريب على عكس العادة للازمة الثانية، والاستمرار على العمل باستخدام نظام المكافآت السلوكية خلال الحياة اليومية للطفل، والعمل بأسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الثالثة، و تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.
١٢. يقوم الباحث بإعطاء الطفل واجب منزلي خلال الأيام القادمة، وهو ملاحظة المنبئات التحذيرية التي تسبق حدوث اللازمة الحركية الثالثة، و تنفيذ تمرين التنفس البطني بشكل يومي كما هو متفق عليه.
١٣. يقوم الباحث بتحديد ميعاد الجلسة القادم.

================

الجلسة الخامسة عشر

أهداف الجلسة:

١. تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الثالثة.
٢. مناقشة الأهل في أسلوب المكافآت السلوكية المتبع.
٣. تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.
٤. التعرف على العقبات التي تواجه الطفل الأسبوع الماضي.
٥. تدريب الطفل والأهل على تدريب التنفس البطني.
٦. تدريب الأهل والطفل على تنفيذ مكون الاستجابة المتنافسة للازمة الثالثة.

زمن الجلسة :

٤٥ دقيقة.

الأدوات:

معززات (العاب، حلويات)، جدول المكافآت السلوكية، استمارة التقييم الوظيفي.

الفنيات المستخدمة:

المكافآت السلوكية، الملاحظة، التعزيز الإيجابي، المناقشة والحوار المفتوح، النمذجة، التغذية الراجعة، الواجب المنزلي.

إجراءات الجلسة:

١. يقوم الباحث باستقبال الأهل.
٢. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الثالثة.
٣. يقوم الباحث بمناقشة الطفل والأهل في تنفيذ المكون الأول لأسلوب التدريب على عكس العادة وهو التدريب على الوعي وذلك للازمة الثالثة، والوقوف على العقبات في تنفيذه، والرد على التساؤلات.
٤. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في تنفيذهم لأسلوب المكافآت السلوكية خلال الحياة اليومية.
٥. يقوم الباحث بتدريب الأهل والطفل على تنفيذ مكون الاستجابة المتنافسة للازمة الثالثة، والرد على أي استفسار بخصوصه.
٦. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في شيء إيجابي واحد على الأقل حدث له خلال الفترة الماضية.
٧. يقوم الباحث بتدريب الطفل والأهل على الجزء الثاني من تدريب الاسترخاء بالتنفس البطني، وذلك من خلال قيام الطفل بالشهيق من الأنف فقط مصاحب بملء بطنه بالهواء والزفير من الفم فقط مصاحب بتفريغ بطنه بالهواء بشكل بطيء وعميق وذلك لمدة دقيقة متصلة، مع تنفيذ التمرين ثلاث مرات يتوسط كل مرة ٣٠ ثانية راحة.
٨. يقوم الباحث بملاحظة حدوث اللازمة الأولى والثانية من عدمه خلال الجلسة.
٩. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في العقبات والمشكلات التي تواجهه في الفترة الماضية.
١٠. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في شيء إيجابي واحد على الأقل حدث له خلال الفترة الماضية.
١١. يقوم الباحث بإعطاء الأهل واجب منزلي خلال الأيام القادمة، وهو تنفيذ الطفل لتدريبات التنفس البطني كل يوم، والعمل بأسلوب التدريب على عكس العادة للازمة الثالثة، والاستمرار على العمل باستخدام نظام المكافآت السلوكية خلال الحياة اليومية للطفل، والعمل بأسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الثالثة، و تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.
١٢. يقوم الباحث بإعطاء الطفل واجب منزلي خلال الأيام القادمة، وهو تنفيذ أسلوب الاستجابة المتنافسة للازمة الحركية الثالثة، و تنفيذ تمرين التنفس البطني بشكل يومي كما هو متفق عليه.
١٣. يقوم الباحث بتحديد ميعاد الجلسة القادم.

===============

الجلسة السادسة عشر

أهداف الجلسة:

١. ملئ استمارة التقييم الوظيفي للازمة الرابعة.
٢. مراجعة إجراءات تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الأولى والثانية والثالثة .
٣. مناقشة الأهل في أسلوب المكافآت السلوكية المتبع.

٤. مراجعة إجراءات أسلوب العلاج بعكس العادة للازمة الأولى والثانية والثالثة مع الأهل.
٥. تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.
٦. مناقشة الطفل في تنفيذ مكون الاستجابة المتنافسة للازمة الأولى والثانية والثالثة.
٧. التعرف على العقبات التي تواجه الطفل الأسبوع الماضي.
٨. مراجعة تدريب التنفس البطني.

زمن الجلسة :

٤٥ دقيقة.

الأدوات:

معززات (العاب، حلويات)، جدول المكافآت السلوكية، استمارة التقييم الوظيفي.

الفنيات المستخدمة:

المكافآت السلوكية، الملاحظة، التعزيز الإيجابي، المناقشة والحوار المفتوح، النمذجة، التغذية الراجعة، الواجب المنزلي.

إجراءات الجلسة:

١. يقوم الباحث باستقبال الأهل.
٢. يقوم الباحث بتكليف الأهل بملء استمارة التقييم الوظيفي للازمة الرابعة خلال الأيام القادمة.
٣. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الأولى والثانية والثالثة.
٤. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في تنفيذ أسلوب العلاج بعكس العادة للازمة الأولى والثانية والثالثة.
٥. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في تنفيذ مكون الاستجابة المتنافسة للازمة الأولى والثانية والثالثة، والوقوف على العقبات في تنفيذه، والرد على التساؤلات.
٦. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في شيء إيجابي واحد على الأقل حدث له خلال الفترة الماضية.
٧. يقوم الباحث مع الطفل والأهل بمراجعة تدريب الاسترخاء بالتنفس البطني، مع مد فترة التمرين لمدة ٣دقائق متصلة، مع تنفيذ التمرين مرتين يتوسط كل مرة ٣٠ ثانية راحة.
٨. يقوم الباحث بملاحظة حدوث اللازمة الأولى والثانية والثالثة من عدمه خلال الجلسة.
٩. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في العقبات والمشكلات التي تواجهه في الفترة الماضية.
١٠. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في شيء إيجابي واحد على الأقل حدث له خلال الفترة الماضية.

١١. يقوم الباحث بإعطاء الأهل واجب منزلي خلال الأيام القادمة، وهو تنفيذ الطفل لتدريبات التنفس البطني كل يوم، والعمل بأسلوب التدريب على عكس العادة للازمات الأولى والثانية والثالثة، مع الاستمرار على العمل باستخدام نظام المكافآت السلوكية خلال الحياة اليومية للطفل، والعمل بأسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمات الأولى والثانية والثالثة، و تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.

١٢. يقوم الباحث بإعطاء الطفل واجب منزلي خلال الأيام القادمة، وهو الاستمرار في تنفيذ أسلوب الاستجابة المتنافسة للازمات الحركية الأولى والثانية والثالثة، و تنفيذ تمرين التنفس البطني بشكل يومي كما هو متفق عليه.

١٣. يقوم الباحث بتحديد ميعاد الجلسة القادم.

================

الجلسة السابعة عشر

أهداف الجلسة:

١. تدريب الأهل والطفل على مكون التدريب على الوعي للازمة الرابعة.
٢. تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الرابعة.
٣. مناقشة الأهل في أسلوب المكافآت السلوكية المتبع.
٤. تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.
٥. التعرف على العقبات التي تواجه الطفل الأسبوع الماضي.
٦. تدريب الطفل والأهل على تدريب التنفس البطني.

زمن الجلسة :

٤٥ دقيقة.

الأدوات:

معززات (العاب، حلويات)، جدول المكافآت السلوكية، استمارة التقييم الوظيفي.

الفنيات المستخدمة:

المكافآت السلوكية، الملاحظة، التعزيز الإيجابي، المناقشة والحوار المفتوح، النمذجة، التغذية الراجعة، الواجب المنزلي.

إجراءات الجلسة:

١. يقوم الباحث باستقبال الأهل.
٢. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في استمارة التقييم الوظيفي للّازمة الرابعة.
٣. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في تنفيذهم لأسلوب المكافآت السلوكية خلال الحياة اليومية.
٤. يقوم الباحث بتدريب الأهل على التدخل المرتكز على الوظيفة للّازمة الرابعة.
٥. يقوم الباحث بتدريب الأهل والطفل على المكون الأول لأسلوب التدريب على عكس العادة وهو التدريب على الوعي وذلك للّازمة الرابعة، ويتم ذلك من خلال تدريب الطفل على ملاحظة اللازمة في كل مرة تحدث للوقوف على الأعراض الجسدية التي تسبق حدوث اللازمة "المنبئات التحذيرية" مثل (الشعور بنغزة في الصدر، الشعور بألم في الرقبة، الشعور بضيق في الصدر).، والرد على أي استفسار بخصوصه.
٦. يقوم الباحث بتدريب الطفل والأهل على تدريب الاسترخاء بالتنفس البطني، وذلك من خلال قيام الطفل بالشهيق من الأنف فقط مصاحب بملء بطنه بالهواء والزفير من الفم فقط مصاحب بتفريغ بطنه بالهواء بشكل بطيء وعميق وذلك لمدة ٥ دقائق متصلة، مع تنفيذ التمرين مرة واحدة يومياً.
٧. يقوم الباحث بملاحظة حدوث اللازمة الأولى والثانية والثالثة من عدمه خلال الجلسة.
٨. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في العقبات والمشكلات التي تواجهه في الفترة الماضية.
٩. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في شيء إيجابي واحد على الأقل حدث له خلال الفترة الماضية.
١٠. يقوم الباحث بإعطاء الأهل واجب منزلي خلال الأيام القادمة، وهو تنفيذ الطفل لتدريبات التنفس البطني كل يوم، والعمل بأسلوب التدريب على الوعي للّازمة الرابعة، والاستمرار على العمل باستخدام نظام المكافآت السلوكية خلال الحياة اليومية للطفل، والعمل بأسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للّازمة الرابعة، و تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.
١١. يقوم الباحث بإعطاء الطفل واجب منزلي خلال الأيام القادمة، وهو تنفيذ أسلوب التدريب على الوعي للّازمة الحركية الرابعة، وتنفيذ تمرين التنفس البطني بشكل يومي كما هو متفق عليه.
١٢. يقوم الباحث بتحديد ميعاد الجلسة القادم.

================

الجلسة الثامنة عشر

أهداف الجلسة:

١. مناقشة الأهل والطفل بخصوص التدريب على الوعي للّازمة الرابعة.
٢. مناقشة أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للّازمة الرابعة.
٣. تدريب الأهل والطفل على تنفيذ مكون الاستجابة المتنافسة للّازمة الرابعة.
٤. مناقشة الأهل في أسلوب المكافآت السلوكية المتبع.

٥. تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.
٦. التعرف على العقبات التي تواجه الطفل الأسبوع الماضي.
٧. مراجعة إجراءات تدريب التنفس البطني.

زمن الجلسة:

٤٥ دقيقة.

الأدوات:

معززات (العاب، حلويات)، جدول المكافآت السلوكية، استمارة التقييم الوظيفي.

الفنيات المستخدمة:

المكافآت السلوكية، الملاحظة، التعزيز الإيجابي، المناقشة والحوار المفتوح، النمذجة، التغذية الراجعة، الواجب المنزلي.

إجراءات الجلسة:

١. يقوم الباحث باستقبال الأهل.
٢. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الرابعة.
٣. يقوم الباحث بمناقشة الأهل والطفل بخصوص التدريب على الوعي للازمة الرابعة، ومدى تقدم الطفل في هذا التدريب.
٤. يقوم الباحث بمناقشة الطفل والأهل بخصوص تدريب الاسترخاء بالتنفس البطني.
٥. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في تنفيذهم لأسلوب المكافآت السلوكية خلال الحياة اليومية.
٦. يقوم الباحث بتدريب الأهل والطفل على المكون الثاني لأسلوب التدريب على عكس العادة (الاستجابة المتنافسة) وهو أن يقوم الطفل بإصدار رد فعلي حركي اخر غير اللازمة الحركية الرابعة سواء عند حدوثها أو شعوره بالمنبئات التحذيرية وأن اللازمة على وشك الحدوث.
٧. يقوم الباحث بملاحظة حدوث اللازمة الأولى والثانية والثالثة من عدمه خلال الجلسة.
٨. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في العقبات والمشكلات التي تواجهه في الفترة الماضية.
٩. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في شيء إيجابي واحد على الأقل حدث له خلال الفترة الماضية.
١٠. يقوم الباحث بإعطاء الأهل واجب منزلي خلال الأيام القادمة، وهو تنفيذ الطفل لتدريبات التنفس البطني كل يوم، والعمل بأسلوب الاستجابة المتنافسة للازمة الرابعة، والاستمرار على العمل باستخدام نظام المكافآت السلوكية خلال الحياة اليومية للطفل، والعمل بأسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الرابعة، و تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.

١١. يقوم الباحث بإعطاء الطفل واجب منزلي خلال الأيام القادمة، وهو تنفيذ أسلوب الاستجابة المتنافسة للازمة الحركية الرابعة، و تنفيذ تمرين التنفس البطني بشكل يومي كما هو متفق عليه.

١٢. يقوم الباحث بتحديد ميعاد الجلسة القادم.

================

الجلسة التاسعة عشر

أهداف الجلسة:

١. مراجعة إجراءات تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الأولى والثانية والثالثة والرابعة .

٢. مناقشة الأهل في أسلوب المكافآت السلوكية المتبع.

٣. مراجعة إجراءات أسلوب العلاج بعكس العادة للازمة الأولى والثانية والثالثة والرابعة مع الأهل.

٤. تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.

٥. مناقشة الطفل في تنفيذ مكون الاستجابة المتنافسة للازمة الأولى والثانية والثالثة والرابعة.

٦. التعرف على العقبات التي تواجه الطفل الأسبوع الماضي.

٧. مراجعة تدريب التنفس البطني.

٨. تدريب الأهل على استراتيجيات منع الانتكاس.

زمن الجلسة :

٤٥ دقيقة.

الأدوات:

معززات (العاب، حلويات)، جدول المكافآت السلوكية، استمارة التقييم الوظيفي.

الفنيات المستخدمة:

المكافآت السلوكية، الملاحظة، التعزيز الإيجابي، المناقشة والحوار المفتوح، النمذجة، التغذية الراجعة، الواجب المنزلي.

إجراءات الجلسة:

١. يقوم الباحث باستقبال الأهل.

٢. يقوم الباحث بتدريب الأهل على استراتيجيات منع الانتكاس:

- أن يكون الأهل يقظين عند إعادة ظهور اللازمات أثناء الفترات التي يتعرض فيها الطفل لضغوط.
- أن يكون الطفل محمي من التعرض للضغوط الشديدة.
- على الأهل تقديم الدعم والتشجيع للطفل على التزامه بتدريبات إدارة الضغوط.
- أن يكون الأهل على وعي بالمثيرات التي تفاقم الأعراض (مواقف، انفعالات، جسدية).

٣. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في إجراءات تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمات الأولى والثانية والثالثة والرابعة، والوقوف على أي عقبات في التنفيذ، وتقديم مقترحات وحلول بخصوصها.

٤. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في تنفيذ أسلوب العلاج بعكس العادة للازمات الأولى والثانية والثالثة والرابعة، والوقوف على مدى تعاون الطفل في تنفيذها.

٥. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في تنفيذ مكون الاستجابة المتنافسة للازمات الأولى والثانية والثالثة والرابعة، والوقوف على العقبات في تنفيذه، والرد على التساؤلات.

٦. يقوم الباحث مع الطفل والأهل بمراجعة تدريب الاسترخاء بالتنفس البطني.

٧. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في العقبات والمشكلات التي تواجهه في الفترة الماضية.

٨. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في شيء إيجابي واحد على الأقل حدث له خلال الفترة الماضية.

٩. يقوم الباحث بإعطاء الأهل واجب منزلي خلال الأيام القادمة، وهو تنفيذ الطفل لتدريبات التنفس البطني كل يوم، والاستمرار في العمل بأسلوب التدريب على عكس العادة للازمات الأولى والثانية والثالثة والرابعة، مع الاستمرار على العمل باستخدام نظام المكافآت السلوكية خلال الحياة اليومية للطفل، والعمل بأسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمات الأولى والثانية والثالثة والرابعة، و تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.

١٠. يقوم الباحث بإعطاء الطفل واجب منزلي خلال الأيام القادمة، وهو الاستمرار في تنفيذ أسلوب الاستجابة المتنافسة للازمات الحركية الأولى والثانية والثالثة والرابعة، وتنفيذ تمرين التنفس البطني بشكل يومي كما هو متفق عليه.

١١. يقوم الباحث بتحديد ميعاد الجلسة القادم.

================

الجلسة العشرون (الختامية)

أهداف الجلسة:

١. تشجيع الطفل على الاستمرار في التمارين.
٢. مراجعة إجراءات تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمة الأولى والثانية والثالثة والرابعة .
٣. مناقشة الأهل في أسلوب المكافآت السلوكية المتبع.
٤. مراجعة إجراءات أسلوب العلاج بعكس العادة للازمة الأولى والثانية والثالثة والرابعة مع الأهل.
٥. تعزيز الثقة بالذات لدى الطفل.
٦. مناقشة الطفل في تنفيذ مكون الاستجابة المتنافسة للازمة الأولى والثانية والثالثة والرابعة.
٧. مراجعة تدريب التنفس البطني مع الطفل والأهل.
٨. مراجعة تدريب الأهل على استراتيجية منع الانتكاس.

زمن الجلسة:

٦٠ دقيقة.

الأدوات:

معززات (العاب، حلويات)، مكافآت (قصص تلوين، ألوان، سيارات).

الفنيات المستخدمة:

المكافآت السلوكية، التعزيز الإيجابي، المناقشة والحوار المفتوح، التغذية الراجعة.

إجراءات الجلسة:

١. يقوم الباحث باستقبال الأهل.
٢. يقوم الباحث بتدريب الأهل على استراتيجيات منع الانتكاس:

- أن يكون الأهل يقظين عند إعادة ظهور اللازمات أثناء الفترات التي يتعرض فيها الطفل لضغوط.
- أن يكون الطفل محمي من التعرض للضغوط الشديدة.
- على الأهل تقديم الدعم والتشجيع للطفل على التزامه بتدريبات إدارة الضغوط.
- أن يكون الأهل على وعي بالمثيرات التي تفاقم الأعراض (مواقف، انفعالات، جسدية).

٣. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في إجراءات تنفيذ أسلوب التدخل المرتكز على الوظيفة للازمات الأولى والثانية والثالثة والرابعة خلال الفترة الماضية.

٤. يقوم الباحث بمناقشة الأهل في تنفيذ أسلوب العلاج بعكس العادة خلال الفترة الماضية.

٥. يقوم الباحث بمناقشة الطفل في أسلوب الاستجابة المتنافسة للازمات خلال الفترة الماضية.

٦. يقوم الباحث مع الطفل والأهل بمراجعة تدريب الاسترخاء بالتنفس البطني.

٧. يقوم الباحث بتوزيع هدايا على الطفل، وحثه على الاستمرار في التدريبات.

================

ملحق (٣)

أسماء السادة المحكمون على صدق مقياس يال العالمي لشدة اللازمة

م	الاسم	الوظيفة
١	أ.د / أسامة أحمد البرعي	أستاذ ورئيس قسم الطب النفسي السابق – كلية الطب – جامعة المنصورة
٢	أ.د / أمل صبحي	أستاذ التمريض النفسي – كلية التمريض – جامعة بورسعيد
٣	أ.د / جيلان رياض	أستاذ علم النفس المتفرغ – كلية الآداب – جامعة حلوان
٤	أ.د / رباب السيد	أستاذ تمريض الأطفال – كلية التمريض – جامعة المنصورة
٥	أ.د / سيدة أحمد عبد اللطيف	أستاذ التمريض النفسي – كلية التمريض – جامعة القاهرة
٦	أ.د / عبد الهادي الجيلاني	أستاذ الصحة العامة – كلية الطب – جامعة المنصورة
٧	أ.د / محمد محمود شهدة	أستاذ الطب النفسي– كلية الطب – جامعة المنصورة
٨	أ.د / مصطفي عمرو	أستاذ الطب النفسي– كلية الطب – جامعة المنصورة
٩	أ.د / هالة أحمد البرعي	أستاذ ورئيس قسم الطب النفسي – كلية الطب – جامعة المنصورة

ملحوظة: تم ترتيب أسماء السادة المحكمين أبجدياً

الملخص باللغة العربية

مقدمة:

تعرف متلازمة توريت Tourette Syndrome ويرمز لها اختصاراً TS، متلازمة جيليس دو لا توريت، أو اضطراب توريت أنها حالة عصبية بسبب خلل في الدماغ، وتشير معظم الأدلة العلمية إلى أن هذا الاضطراب له منشأ وراثي (Olive,2010:2). فقد حفل تاريخ متلازمة توريت على مدار القرنين الماضيين بالعديد من التغييرات المختلفة وطرق التفسير ومقترحات العلاج.

وكان أول وصف واضح قدم عن متلازمة توريت TS ذكر في الكتابات العلمية في عام (١٨٢٥)، عندما ذكر ايتارد Itard حالة ماركيزة دامبير Marquise De Dampierre التي تطور لديها أعراض متلازمة توريت TS في سن السابعة، وبسبب الطبيعة غير المقبولة اجتماعيا لألفاظها نتيجة اللازمات الصوتية اضطرت للعيش في عزلة حتى توفيت في سن (٨٥) عام (Kurlan, 2005: 40).

وسمي بهذا الاسم نسبة إلى الدكتور جورج دو لا توريتGeorges Gilles de la Tourette (١٨٥٧م – ١٩٠٤م) وهو طبيب أمراض عصبية كان يعيش في فرنسا، كان أول من حدد المتلازمة بعرض وصف لماركيزة دامبيير التي كانت من النبيلات وشملت أعراضها الكوبرولاليا، وفي وقت لاحق وبعد ستين عاما من محاولة ايتارد أي في عام (١٨٨٥) فأن الطبيب الفرنسي، جورج جيل دو لا توريت، وصف تسعة مرضى يعانون من ظهور اللازمات منذ الصغر، التي تصدر كلام وأصوات لا يمكن السيطرة عليه

مشكلة الدراسة:

انبثقت مشكلة الدراسة من متابعة الباحث للأطفال المترددين على قسم الأطفال بمستشفى بورسعيد للصحة النفسية وبعض المراكز الخاصة والتي تقدم خدمات التشخيص والتقييم والعلاج للمشكلات السلوكية والنمائية والنفسية للأطفال؛ حيث تبين من خلال المتابعة والملاحظة نُدرة وقلة في تشخيص متلازمة توريت حيث أن معظم شكاوي الأهل تكون من أعراض أخرى ثانوية ناتجة عن أعراض الاضطراب أو مصاحبة لها، وكذلك وجود مشكلات في التعامل معها بشكل علمي، وكذلك ندرة البرامج العلاجية السلوكية التي تستخدم في المدارس والمراكز والمؤسسات المتخصصة. لذلك رأى الباحث وجود حاجة ملحة إلى تسليط الضوء على أهم أعراض متلازمة توريت وهي اللازمات الحركية من خلال اقتراح وتصميم برنامج تعديل سلوك لخفض معدل اللازمات الحركية لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت.

وتتحدد مشكلة الدراسة الحالية في محاولة الإجابة على التساؤلات الآتية :

– إلى أي مدى سوف يسهم البرنامج المقترح في خفض معدل اللازمات الحركية لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت ؟

– هل يختلف معدل حدوث اللازمات الحركية لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت قبل و بعد تطبيق البرنامج عليهم ؟

– هل يختلف معدل حدوث اللازمات الحركية لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت في التطبيق البعدي والمتابعة بعد مضى شهر من انتهاء تطبيق البرنامج ؟

<u>أهداف الدراسة:</u>

تسعى الدراسة الحالية إلى محاولة اكتشاف فاعلية برنامج تعديل سلوك لخفض معدل اللازمات الحركية لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت.

وينشق من هذا الهدف الرئيسي عدة أهداف فرعية يمكن عرضها على النحو التالي:

- التعرف على طبيعة ومستوى اللازمات الحركية لعينة من الأطفال ذوي متلازمة توريت.
- إعداد برنامج يعمل على تقليل معدل حدوث اللازمات الحركية باستخدام فنيات تعديل السلوك عند الأطفال ذوي متلازمة توريت.
- التأكد من استمرارية تأثير البرنامج بعد توقف التدريب (فترة المتابعة).
- استفادة المدارس والمؤسسات المتخصصة بتقديم خدمات للمساعدة من خلال إسهام علمي ودراسة علمية في مجال سلوكيات اللازمات الحركية عند الأطفال ذوي متلازمة توريت .

<u>أهمية الدراسة:</u>

تنبع أهمية الدراسة الحالية من أهمية الموضوع الذي تناولته وهو برنامج تعديل سلوك لخفض معدل اللازمات الحركية لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت. كما تكمن أهمية الدراسة الحالية في سعيها نحو مساعدة الأطفال من ذوى متلازمة توريت، وهى الفئة التي أهملتها الدراسات والبحوث العربية بشكل شبه كامل في حدود علم الباحث والتي يجب اكتشافها وتشخيصها مبكرا؛ ولذلك تسعى الدراسة الحالية لبحث مدى فاعلية برنامج تعديل سلوك لخفض معدل اللازمات الحركية لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت، حتى يُمكن للمجتمع التعرف على هذه الفئة والتعامل معها بالشكل الصحيح وتقليل الأثار السلبية المترتبة على حدوث الاضطراب، ومن ثم تتضح أهمية الدراسة الحالية من خلال عرض الأهمية النظرية والتطبيقية للدراسة وذلك على النجو التالي:

الأهمية النظرية:

تتجسد الأهمية النظرية للدراسة الحالية في:

١. تسليط الضوء على متلازمة توريت في الدراسات العربية.
٢. تعد الدراسة محاولة علمية لإلقاء المزيد من الضوء حول مفهوم اللازمات الحركية لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت.
٣. ندرة برامج التدخل السلوكية الموجهة لهذه الفئة وفقاً لحدود علم الباحث.

الأهمية التطبيقية:

تكمن الأهمية التطبيقية للدراسة في:

٤. تقديم برنامج تعديل سلوك لخفض معدل حدوث اللازمات الحركية لدي الأطفال ذوي متلازمة توريت.
٥. تقديم برنامج لتوعية الوالدين بكيفية التعامل مع مثل هذه اللازمات عند أبنائهم من ذوي متلازمة توريت.
٦. تعريب مقياس يال العالمي لشدة اللازمة.

حدود الدراسة:

تتحدد الدراسة الحالية بمنهجها، وبالعينة المستخدمة فيها، بأدواتها، وفروضها، وبالأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات، وذلك على النحو التالي:

أولاً: منهج الدراسة (الحدود المنهجية):

يستخدم الباحث المنهج شبه التجريبي Quasi-Experimental Design الذي يقوم على دراسة العلاقة بين المتغير المستقل Independent Variable (برنامج تعديل السلوك) والمتغير التابع Dependent Variable (اللازمات الحركية)، وقد استخدم الباحث التصميم ذو المجموعة الواحدة مع القياس القبلي– البعدي– التتبعي، حيث يحاول الباحث التحقق من مدى فاعلية برنامج تعديل سلوك لخفض معدل اللازمات الحركية لدى الأطفال ذوي متلازمة توريت.

ثانياً: أدوات الدراسة:

- مقياس ستانفورد بينيه الصورة الخامسة. (إعداد/ صفوت فرج، ٢٠١١)
- مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة. (إعداد/ عبدالعزيز الشخص، ٢٠٠٦)
- مقياس يال العالمي لشدة اللازمة. (Leckman et al, 1989) (تعريب/ الباحث)

- برنامج تعديل سلوك لخفض معدل اللازمات الحركية. (إعداد / الباحث)

ثالثاً: عينة الدراسة (الحدود البشرية):

تتضمن عينة الدراسة الأساسية من (١٢) طفل وطفلة (٩ ذكور، ٣ إناث) من الأطفال ذوي متلازمة توريت. وتتراوح أعمارهم الزمنية بين (٩– ١٢) سنة ؛ مع مراعاة التجانس بين أفراد العينة من حيث السن ونسبة الذكاء والمستوى الاقتصادي الاجتماعي والثقافي.

رابعاً: الأساليب الإحصائية:

إستخدم الباحث الأساليب الإحصائية التالية للتحقق من صحة فروض الدراسة :

المتوسط الحسابي.

الانحراف المعياري.

معامل ارتباط بيرسون.

معامل ثبات ألفا كرونباخ.

معامل سبيرمان براون للتصحيح من أثر التجزئة.

استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test اللابارامتري للكشف عن الفروق بين المجموعات المرتبطة.

خامساً: نتائج الدراسة:

أسفرت نتائج الدراسة الحالية عن فاعلية برنامج تعديل السلوك في خفض معدلات حدوث اللازمات الحركية، وذلك لدى عينة من أطفال المرحلة الابتدائية ذوي متلازمة توريت، وأيضاً أسفرت النتائج عن استمرار أثر فاعلية برنامج تعديل السلوك في خفض معدلات حدوث اللازمات الحركية بعد انتهاء فترة المتابعة والتي قدرت ب (٣٠) يوماً.

Ain Shams University
Faculty of Education
Mental Health and Psychological Counseling Department

The Effectiveness of Behavior Modification Program to Reduce the Rate of Motor Tics in Children with Tourette Syndrome

Presented By
Amr Mohamad Ibrahim Ali Essa

A Thesis Submitted to Faculty of Education in Partial Fulfillment
of
The Requirements for the Degree of Master in Education
(Mental Health and Psychological Counseling)

Supervised By

Prof. Sayed Mohamad Sobhi
Professor of Mental Health
Faculty of Education
Ain Shams University

Dr. Eman Lotfi Ibrahim
Lecturer of Mental Health
Faculty of Education
Ain Shams University

2018

Abstract

Student: Amr Mohammad Ibrahim Ali Essa**.**

Thesis Title: The Effectiveness of Behavior Modification Program to Reduce the Rate of Motor Tics in Children with Tourette syndrome.
Study Setting: Mental Health and Psychological Counseling Department – Faculty of Education – Ain Shams University.

Tools of the study consisted of: Stanford Binet intelligence Scale-5th Edition (By / Safwat Farag, 2010), The Family`s Economic and social levels scale (By / Abd El Aziz El- shakhs 2006), Yale Global Tic Severity Scale (Leckman et al, 1989) (Translated into Arabic by/ the researcher), Behavior modification program to reduce the rate of motor tics (By/ the researcher). The study sample consisted of (12 children) of children with Tourette syndrome (9 Male, 3 Female), their ages between (9-12 years) considering the heterogeneity between members of the sample in terms of age, IQ, gender, economic and social levels.

The study findings are as follow:

(a) The program used in current study was effective for decreasing the rate of motor tics in children with Tourette syndrome in experimental group,

(b) Results presented that the behavior modification program is continuously effective during follow up phase.

Summary

Introduction:

Tourette syndrome (also called TS, syndrome Gilles de la Tourette, or Tourette's disorder) is a neurological condition caused by a defect in the brain, and most of the scientific evidence suggests that this disorder has a genetic origin (Olive, 2010:2).

Date ceremony has Tourette's syndrome over the last two centuries, many of the changes and the different modes of interpretation and treatment proposals.

It was the first clear description about Tourette syndrome TS mentioned in the scientific literature in 1825, when he mentioned Itard case Marquise Damper that evolution has symptoms of Tourette syndrome TS at the age of seven, and because of the nature is socially acceptable to her words as a result of vocal tics forced to live in isolation until she died at the age of 85 year (Kurlan, 2005: 40).

Dr. Georges de la Tourette (1857 - 1904), a neurologist was living in France, was the first identified the syndrome presented a description of Marquise Dampier, which was one of the peeresses included Coprolalia symptoms, and later after sixty years of trying Itard i.e. in 1885, the French doctor, Georges Gilles de la Tourette, described nine patients suffering from the emergence of Tics since childhood, which made the words and sounds cannot control it.

Study Problem:

Problem of the study emerged during follow-up of researcher for children attending children's wards, hospital mental health and some private centers, which provide services diagnosis, evaluation and intervention for problems of behavioral, developmental and psychological for children; it was found through follow-up and noted the scarcity and lack in the diagnosis of Tourette's syndrome, where most of the complaints of the parents be a symptom of other a secondary result of the troubling symptoms or accompanying them, as well as the existence of problems in dealing with them in a therapeutic manner, so researcher found an urgent need to highlight the most important symptoms of Tourette's syndrome, a motor tics through the proposal and design a program to modify the behavior to reduce the rate motor tics in children with Tourette's syndrome.

The problem of study lies according the following questions:

1. To what extent the proposed program will contribute in reducing the rate of motor tics in children with Tourette syndrome?

2. Does the rate of motor tics in children with Tourette syndrome before and after the application of the program change?

3. Does the rate of motor tics in children with Tourette syndrome after and follow up the application of the program change?

Aims of the Study:

Aims of current study are to assess the effectiveness of behavior modification program to reduce the rate of motor tics with children diagnosed with Tourette syndrome through the following objective:

1. Identify the nature and level of motor tics in a sample of children with Tourette syndrome.
2. Develop a program to reduce the incidence of motor tics using behavior modification procedures in children with Tourette syndrome.
3. Ensuring continuity of program impact after the training (Follow-up).

Significance of the Study:

The importance of the current study in their quest to help children with Tourette's syndrome, a category which neglected Arab research and studies almost completely and to be discovered and diagnosed early; current study examine the effectiveness of the program of behavior modification to reduce the rate motor tics in children with Tourette's syndrome, even community can identify this group and deal with it properly and reduce the negative effects on the occurrence of the disorder and complication related to the disorder.

Hypotheses of the Study:

Based on the above mentioned Significance, aims, and problem of the research, in addition to the results of previous studies, the researcher addresses the following considerations in the study:

1. There are statistically significant differences between the mean scores of Yale global tis severity scale pre and post intervention in the direction of modification in the rate of severity of the disorder.
2. There are no statistically significant differences between the mean scores of Yale global tis severity scale post and follow up intervention in the direction of modification in the rate of severity of the disorder.

Study Sample:

Include the study sample (12 children) of children with Tourette syndrome (9 Male, 3 Female), and their ages between (9-12 years), considering the heterogeneity between members of the sample in terms of age, IQ, gender, economic and social levels.

Tools of Study:

The Researcher Tends To Use The Following Tools In Her Study:

1. Stanford- Binet intelligence Scale-5th Edition (By / Safwat Farag, 2010).
2. The Family`s Economic and social levels scale (By / Abd El Aziz El-shakhs 2006).
3. Yale Global Tic Severity Scale (Leckman et al, 1989) (Translated and validated into Arabic by/ the researcher).
4. Behavior modification program to reduce the rate of motor tics (By/ the researcher).

Results of Study:

The results showed the following:

- The program used in current study was effective for decreasing the rate of motor tics in children with Tourette syndrome in experimental group.
- Results presented that the behavior modification program is continuously effective during follow up phase.